



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo – 2016

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Ghina MEZA LAUREANO

ASESOR

Julia María Eugenia LEMA MORALES

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Meza G. Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo - 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2017.

299



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA**

En la ciudad de Lima, a los veintitrés días del mes de febrero del año dos mil diecisiete y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 78337), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"CAPACIDAD FUNCIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, SEGÚN EDAD Y SEXO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR VILLA MARÍA DEL TRIUNFO - 2016"**, sustentada por la Bachiller en Enfermería:

GHINA MEZA LAUREANO

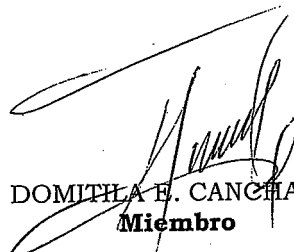
para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

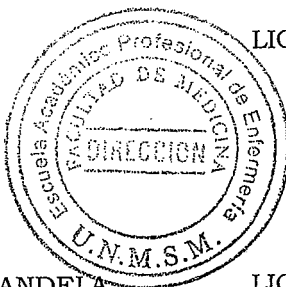
17 (DIECISIETE)

Lo que se da fe:


MG. LUISA H. RIVAS DIAZ
Presidenta


LIC. CARMEN CONTRERAS CAMPOS
Miembro


LIC. DOMITHA E. CANCHANI CANDELA
Miembro




LIC. JULIA MARÍA E. LEMA MORALES
Asesor (a)

RALP/mtc

Av. Grau 755 – Lima 1 – Apartado Postal 529 – Lima 100 – Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619
Web: www.unmsm.edu.pe/medicina - E-mail de la Escuela de Enfermería:
epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe

**CAPACIDAD FUNCIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES
DE LA VIDA DIARIA, SEGÚN EDAD Y SEXO EN ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR
VILLA MARÍA DEL TRIUNFO -**

2016

Dedicatoria

A Dios, por ser mi bien y mi todo; por muchas veces haberme sostenido, levantado de mis caídas; por amarme a pesar de mi nada. Por seducir mi corazón y quererme a su lado para siempre.

A mis padres, por incentivarme a seguir el camino de Dios; por brindarme su amor, por aconsejar animándome siempre a llegar a mi meta a pesar de los obstáculos y sostenerme con sus oraciones.

A mis hermanos, por hacerme ver las cosas de forma distinta, enseñándome a avanzar y afrontar los problemas; por apoyarme y confiar siempre en mí; por ser mis amigos.

A mi familia Religiosa Hijas de Santa Ana, por acogerme con gran amor, acompañándome e incentivándome a seguir el plan de Dios en mi vida. Sé que con la intercesión de Santa Ana, María y Madre Rosa, perseveraré en este camino al que El Amado me ha llamado.

Agradecimiento

A mi profesora, asesora y amiga Julia Lema Morales; por ser mi bastón y apoyarme durante todo este tiempo, por escucharme, animarme a cumplir mis metas, siempre con esa palabra que se quedo grabada en mi mente, y me impulso a seguir: “Todavía hay tiempo”.

A todas las personas maravillosas que Dios ha puesto en mi camino, compañeros, amigos y hermanos en Cristo, por su amor y confianza que me han brindado; por apoyarme siempre con sus oraciones, por animarme a continuar.

A todos los adultos mayores del CAM “Tayta Wasi”, por acogerme con mucho amor, darme su tiempo y apoyarme en la realización de esta tesis, respondiendo muy cordialmente durante la recolección de datos; por confiarme sus problemas e historias, y hacerme comprender cuánta necesidad tienen de ser escuchados.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	i
SUMMARY	ii
PRESENTACIÓN	iii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema, delimitación y formulación	1
1.2 Formulación de objetivo	5
1.2.1 Objetivo general	
1.2.2 Objetivos específicos	
1.3 Justificación de la investigación	5
CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS	
2.1 MARCO TEÓRICO	
2.1.1 Antecedentes del estudio	7
2.1.2 Base teórica conceptual	
2.1.2.1 Aspectos teóricos del envejecimiento	13
2.1.2.1.1 Definición del proceso de envejecimiento	13
2.1.2.1.2 Característica del envejecimiento	
2.1.2.1.3 Cambios del envejecimiento	
2.1.2.2 Aspectos teóricos de la funcionalidad en el adulto mayor	16
2.1.2.2.1 Definición de la funcionalidad y su relación con la teoría de Dorotea Orem	
2.1.2.2.2 Complicaciones en la funcionalidad del Adulto Mayor	
2.1.2.2.3 Deterioro de la funcionalidad y el envejecimiento	
2.1.2.2.4 Valoración de la funcionalidad en el envejecimiento	
2.1.2.2.5 Instrumentos para la valoración de la funcionalidad del Adulto Mayor	
2.1.2.3 Cuidados de enfermería en la funcionalidad del adulto mayor	27
2.1.3 Definición operacional del términos	29
2.1.4 Variables	30
2.2 DISEÑO METODOLÓGICO	

2.2.1	Tipo de investigación	30
2.2.2	Población	30
2.2.3	Muestra. Muestreo	30
2.2.4	Criterios de inclusión	31
2.2.5	Criterios de exclusión	31
2.2.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
2.2.7	Plan de recolección, análisis estadístico de los datos	32
2.2.8	Validez y Confiabilidad del instrumento	32
2.2.9	Consideraciones éticas	34

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1	Resultados	
3.1.1	Datos generales	35
3.1.2	Datos específicos	37
3.2	Discusión	53

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1	Conclusiones	62
4.2	Recomendaciones	60

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

- Instrumentos.
- Formulas estadísticas: Tamaño de muestra.
- Consentimiento informado.
- Operacionalización de las variables.
- Tablas.

RESUMEN

Estudio sobre “Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor. Villa María del Triunfo, 2016”, tuvo como objetivo determinar dicha capacidad. Su propósito fue brindar información actualizada y categorizada al personal de enfermería y al equipo interdisciplinario a fin de promover, diseñar medidas destinadas a favorecer la autonomía e independencia de los adultos mayores. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y nivel aplicativo. La muestra estuvo conformada por 148 adultos mayores. La técnica fue la entrevista y como instrumentos se utilizó el índice de Barthel para actividades básicas y el de Lawton y Brody para actividades instrumentales. Entre sus resultados, la capacidad funcional de los adultos mayores es la dependencia leve con 57% para las básicas y 77% para las instrumentales. En las actividades básicas según edad, el más dependiente con 68.7% es el subgrupo de 80 a más años; el más dependiente con 78.4% es el sexo femenino. En las actividades instrumentales según edad, el más dependiente con 92% es el subgrupo de 80 a más años y con 92.4% el sexo femenino. La actividad básica que demanda mayor dependencia es la micción con 48.6%, y la de menor, es la defecación con 98.6%. En las instrumentales es la capacidad de ir de compras con 66.9% que demanda mayor dependencia, y la de menor es la capacidad de usar el medio de transporte con 89.8%. Entre sus conclusiones: en la población de estudio predomina la dependencia leve y se encuentra mayor grado de dependencia en adultos mayores de más edad y en las de sexo femenino. Según la actividad básica que demanda mayor dependencia en ambos sexos y en todas las edades es la micción y, la de menor dependencia es la defecación. Según la actividad instrumental que demanda mayor dependencia es ir de compras para ambos sexos y edades; y la de menor dependencia en las mujeres es la capacidad de utilizar el dinero y en los varones el uso de medios de transporte.

Palabras Claves: adultos mayores, capacidad funcional, actividades de la vida diaria, dependencia.

SUMMARY

i

Study on "Functional ability to develop activities of dai.,, according to age and sex in older adults who attend a Center for Attention to the Elderly. Villa María del Triunfo, 2016", aimed to determine this capacity. Its purpose was to provide up-to-date and categorized information to nurses and the interdisciplinary team in order to promote, design measures aimed at promoting the autonomy and independence of older adults. Quantitative study, descriptive, cross-sectional and application level. The sample was made up of 148 older adults. The technique was the interview and instruments as Barthel index for basic activities and Lawton and Brody for instrumental activities. Among the results, the functional capacity of the elderly is the mild dependency with 57% for the basic ones and 77% for the instrumental ones. In the basic activities according to age, the most dependent with 68.7% is the subgroup of 80 to more years; the most dependent with 78.4% is female. In instrumental activities according to age, the most dependent with 92% is the subgroup of 80 years older and 92.4% female. The basic activity that demands greater dependence is the urination with 48.6%, and the one of smaller, is the defecation with 98.6%. In the instrumental is the ability to go shopping with 66.9% that demands greater dependence, and the smaller is the ability to use the means of transport with 89.8%. Among their conclusions: in the study population, mild dependence predominates and there is a greater degree of dependence in older adults and in women. According to the basic activity that demands greater dependence in both sexes and in all the ages is the urination and, of less dependence is the defecation. According to the instrumental activity that demands greater dependence is to go shopping for both sexes and ages; And the one of less dependence in the women is the capacity to use the money and in the men the use of means of transport.

Key words: older adults, functional capacity, activities of daily living, dependency.

PRESENTACIÓN

ii

En el Perú, en las últimas décadas se ha evidenciado disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad lo que ha conllevado al incremento de la población adulta mayor. Según el Informe Técnico sobre la situación demográfica de la población adulta mayor, se ha incrementado, de 5.5% en el año 1970 a 9.9% en el año 2016. Dicho incremento e impacto económico y epidemiológico determinará la necesidad de la participación de los diferentes sectores, en especial el de salud para responder a la problemática.¹

Estas estimaciones representan un desafío para enfermería, en acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades donde se fomenta un envejecimiento saludable para disminuir riesgos de enfermedades crónicas, evitando así la dependencia acelerada en el adulto mayor. Para brindar cuidados las enfermeras (os) aplican los pasos del proceso de enfermería (PAE), siendo el primero y el más importante el de valoración, que ofrece la información integral de la situación de la persona, favoreciendo la elaboración de diagnósticos y, en consecuencia, brindar un cuidado de calidad, en forma oportuna y, sobre todo, personalizada.

La necesidad de la valoración geriátrica y, específicamente de la capacidad funcional, es de suma importancia por la magnitud que, representa en la vida de la persona adulta mayor, el ser dependiente, lo que puede conllevar a presentar enfermedades, agudizarlas, hacerlas crónicas y llegar a la institucionalización.

El presente estudio titulado “Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden un Centro de Atención al Adulto Mayor. VMT 2016” tiene como objetivo determinar la capacidad funcional de los ⁱⁱⁱ mayores para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo, con el propósito de proporcionar información actualizada a fin de orientar al establecimiento y servicio de enfermería, en la elaboración, diseño de estrategias destinadas a la conservación y al mejoramiento de dichas capacidades funcionales, favoreciendo una menor dependencia, fortaleciendo la autonomía y autocuidado en el adulto mayor.

En su estructura, el estudio consta de cuatro capítulos; así, en el Capítulo I: El Problema, se expone el planteamiento del problema, formulación de objetivos y justificación de la investigación. En el Capítulo II: Bases teóricas y metodológicas, se presenta el marco teórico, antecedentes del estudio, base teórica conceptual, definición operacional de términos y las variables. En el diseño metodológico, se considera el tipo de investigación, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión; así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos. Igualmente se considera el plan de recolección, análisis estadístico de los datos y, las consideraciones éticas. En el Capítulo III: Resultados y discusión, se expone los resultados generales y específicos así como la discusión de los mismos. En el Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN

Durante los últimos 50 años la disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional. En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia, debido a las consecuencias económicas y sociales que trae consigo y, sobre todo, a las necesidades de salud que dará lugar.^{1,2}

Estimaciones de años anteriores presagiaban un acelerado cambio en la demografía del país en lo que corresponde a la población adulta mayor y, se evidencia en los datos obtenidos por el INEI. Se ha incrementado del 8.2% en el año 2007 a un 9.9% de la población total en el año 2016 y se proyecta que para el año 2021 será el 11.2%. Dichos datos precisan el continuo aumento de la población adulta mayor en nuestro país.^{1,3,4} Asimismo, en relación al total de personas adultas mayores, en el 2016 , con 9.9%, según edad el 7.6% son adultos de 60 a 79 años y el 2.3% de 80 a más años de edad; según sexo, y las mujeres representan el 5.1%, y los varones el 4.8%.¹

Del mismo modo, la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; de 53 años en el año 1970, a 74.6 años en el 2015 (72.0 años los hombres y 77.3 las mujeres).^{6,7} Evidenciando así el rápido proceso de transición demográfica. Por ello, el presente estudio se enfoca en la población adulta mayor que, según la OMS⁸, en

países desarrollados está conformado por personas de 65 años a más; en el Perú, la Ley de la persona Adulta Mayor N° 30490 considera como tal a aquella persona de 60 a más años.⁹

La población adulta mayor cursa por un proceso en el que se producen cambios fisiológicos, tanto en la esfera física como en la mental; cambios normales que con el paso de los años predisponen una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, como caídas, e implica mayores probabilidades de padecer enfermedades y morir.¹⁰

El estado funcional de la persona se deteriora conforme avanzan los años, ocasionando que las actividades que antes realizaba a un ritmo normal, ahora se realicen de distinto modo, debido a que la pérdida de masa y función muscular ocasiona disminución en la fuerza, siendo predictor incluso de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores.^{10,11} Funcionalidad es la capacidad que tiene el sujeto para realizar actividades de la vida diaria (AVD) tales como bañarse, comer, vestirse, entre otras, de forma autónoma; con la edad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. Su alteración en mayores de 65 años representa aproximadamente el 5% de los casos y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. Asimismo, la valoración funcional es útil como indicador de severidad de la enfermedad, debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde en situación de enfermedad. La importancia en su reconocimiento radica en planificar adecuadamente sus cuidados y tomar decisiones, puesto que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida, reducir el desarrollo de complicaciones y los costos de cuidado y atención.¹²

En la revisión de estudios de investigación^{13,14,15,16,17,18,19,20,21}, a nivel internacional y nacional, se ubicaron trabajos sobre funcionalidad, valoración del estado funcional de los adultos mayores y actividades funcionales básicas en el adulto mayor, que si bien ratifican que a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas, es de suma importancia investigar en diferentes realidades.

Es por ello, que el presente estudio toma como realidad al Centro de Atención al Adulto Mayor “Tayta Wasi” (CAM Tayta Wasi - La Casa del Abuelo) establecimiento de la Micro-Red de Salud Villa María del Triunfo-José Carlos Mariátegui, de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.²²

Actualmente, en el CAM “Tayta Wasi”, la enfermera como integrante del equipo interdisciplinario, aplica el VACAM²³ (valoración clínica integral al adulto mayor), formato utilizado para la valoración del estado de salud integral del Adulto Mayor, en el cual se incluye el estado funcional, cognitivo, emocional y antecedentes de enfermedades, entre otros. Información que ofrecería una visión global y, a la vez, específica del estado funcional de la población que acude al establecimiento de salud, y permitiría brindar una atención integral y personalizada. Aún no se ha cuantificado la información, no contando con datos estadísticos que evidencien la situación de la capacidad funcional del adulto mayor, considerando edad, sexo, u otros factores; información necesaria para orientar estrategias que conlleven a una preservación de la funcionalidad en dicha población.

La función de enfermería en la atención primaria abarca la promoción de la salud en el mantenimiento de la funcionalidad de los adultos mayores, la prevención de la enfermedad y de sus consecuencias, así como el desafío de promover en la población adulta

media, estilos de vida saludables que conduzcan a un envejecimiento sano y activo. La enfermería cobra entonces una vital importancia, tanto por su participación clave en el equipo de salud como por su potencial de respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de los adultos mayores. Enfermería como ciencia fundamenta su acción en el proceso de atención, iniciándolo con la valoración que permite tener una visión global y particular de las necesidades del adulto mayor, conllevando esta valoración a una clasificación y categorización de su estado funcional para orientar cuidados de calidad brindados oportunamente y de forma personalizada, enfatizando en la conservación de su independencia y autonomía en favor de una mejor calidad de vida y un envejecimiento saludable.^{24,25}

Por lo expresado en párrafos anteriores y en su análisis, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál será la capacidad funcional de los adultos mayores que acuden al CAM?, ¿tendrán todos las mismas capacidades para realizar las actividades de la vida diaria?, ¿cuáles serán las diferencias de la capacidad funcional entre adultos mayores de 80 años con los de 60 años?, ¿tendrá la misma capacidad funcional el varón que la mujer adulta mayor?, ¿Qué actividades de la vida diaria serán las más y menos afectadas en la población femenina y masculina adulta mayor?

De las interrogantes planteadas surge el problema de investigación:

Problema:

¿Cuál es la capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor. Villa María del Triunfo, 2016?

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- Determinar la capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la capacidad funcional que tienen los adultos mayores para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, según edad y sexo.
- Identificar la capacidad funcional que tienen los adultos mayores para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria, según edad y sexo.
- Identificar las actividades básicas de la vida diaria según demanda de dependencia en los adultos mayores, según edad y sexo.
- Identificar las actividades instrumentales de la vida diaria según demanda de dependencia en los adultos mayores, según edad y sexo.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El envejecimiento es un proceso natural de toda persona, en el que disminuyen sus capacidades, por los cambios fisiológicos que se producen, y una serie de procesos fisiopatológicos que predispone al adulto mayor a diversas enfermedades, generándole en mayor o menor grado, dependencia funcional y determinando un aumento de su vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, e incluso causar

alteraciones psicológicas como la depresión, la baja autoestima, el aislamiento social, desvaloración como persona, perdiendo así el significado de la vida o el propósito de su existencia.¹¹

Teniendo en cuenta la transición demográfica, es de esperar que cada año, al incremento de la población adulta mayor, se incremente la morbilidad asociada a estos procesos fisiopatológicos. Según Penny¹⁰, “...esta transición va acompañada de desafíos sanitarios especiales, por lo que es importante preparar a los proveedores de salud y a los cuidadores para que puedan atender necesidades específicas de las personas de edad...”. Del mismo modo, la Norma Técnica de salud para la Atención Integral de la persona Adulta Mayor, resalta la importancia de valorar la capacidad funcional del adulto mayor para brindar un cuidado de calidad.²³

Las acciones de enfermería de promoción de la salud en la población adulta mayor son fundamentales en los centros de atención primaria para favorecer a la propia conquista de su autonomía y asimilación de conocimientos en la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, esto no sería posible si no existiera una adecuada valoración y categorización con respecto a su estado funcional, para así, de acuerdo a la realidad de cada adulto mayor, brindarle cuidado integral respondiendo a sus necesidades. Es finalidad prevenir y tratar las enfermedades asociadas a la edad, elaborar estrategias de estimulación previniendo la pérdida de autonomía, y diseñar servicios y entornos adaptados a las personas adultas mayores.^{25,26} Es propósito brindar información actualizada y categorizada de los adultos mayores, según subgrupos de edad y sexo, al personal de enfermería y a todo el equipo interdisciplinario a fin de promover y diseñar medidas destinadas a cubrir las necesidades de la población adulta mayor

fortaleciendo su autonomía e independencia, para mantener así un envejecimiento activo y saludable.

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes del estudio

A nivel internacional:

Muñoz, C. y Rojas, P., realizaron el estudio titulado “Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Chile 2014”, cuyo objetivo fue valorar el estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un Centro de Salud Familiar. El método fue transversal descriptivo-correlacional. La muestra estuvo constituida por 68 sujetos categorizados con dependencia moderada y severa. La técnica fue la entrevista y como instrumentos aplicaron las escalas que evalúan actividades de la vida diaria, nivel cognitivo, nivel educacional y carga del cuidador. Se utilizó el Índice Katz para determinar el nivel de dependencia; Medida de Independencia Funcional (FIM) para la funcionalidad y asistencia dada por una tercera persona; Índice de Barthel para valorar la independencia; Minimental abreviado (MMSE) para el estado cognitivo y la carga del cuidador mediante la Escala de Zarit.

Los autores concluyeron que:

“No se encontró correlación entre edad y cognición e independencia funcional. Según los datos obtenidos, la mayoría de los adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan alteraciones motoras y cognitivas,

estando correlacionadas al nivel educacional del sujeto.”¹³

Concepción, A. realizó un estudio sobre: “Capacidad funcional en las personas mayores según el género. España 2014”, cuya finalidad fue diferenciar las dificultades que presentan las personas mayores, y que les dificultan para desenvolverse en su hacer diario. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 individuos mayores a 65 años de edad y no estar institucionalizados. Se utilizó como instrumentos al índice Barthel y al índice de Lawton y Brody.

Teniendo como conclusiones:

- *No se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres.*
- *En cambio con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria si se ve diferencias significativas entre géneros.*
- *En la capacidad de utilizar el dinero se ve como los hombres tienen mayor facilidad.*
- *Los hombres viajan más y las mujeres son más responsables a la hora de tomar su medicación.*
- *Las mujeres que son ahora ancianas han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y hacer la compra. Y es por ello que en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems son las mujeres las que poseen mayor porcentaje. En cambio los hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión para lograr el mismo nivel de independencia.¹⁴*

Calíope M., Umberto M. y Aidar T. realizaron un estudio sobre: “Capacidad funcional de ancianos atendidos en unidades básicas de salud del SUS. Brasil 2013”, tuvo como objetivo valorar el estado funcional de los adultos mayores. El método fue transversal descriptivo-correlacional. La muestra fue constituida por 359 personas mayores. La

técnica fue entrevista y como instrumentos se utilizó el cuestionario Brazil Old Age Schedule.

Los autores concluyeron que:

- *El 89,9% tenían algún grado de dependencia, de los cuales 70,8% tenían una dependencia leve y 19,2% moderada o grave.*
- *Las mujeres tenían un mayor grado de dependencia leve (70,5%) y moderada y grave (62,3%).*
- *Los factores asociados con el grado de dependencia entre los ancianos que viven en Guarapuava fueron la edad, la escolaridad, arreglos de vivienda, empleo, lugar de residencia, estado civil y el ingreso familiar.*¹⁵

Fajardo, E.; Núñez, M. y Castiblanco, M., realizaron un estudio sobre: “Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición. Colombia 2012”, cuyo objetivo fue evaluar las escalas de valoración del estado funcional del adulto mayor. El método fue cuantitativo, básico, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 200 adultos mayores. La técnica fue entrevista, y como instrumentos se utilizó el Índice de Barthel, Katz, Minimental Modificado.

Conclusión:

*“La valoración integral a partir de la historia clínica y la aplicación de escalas, permite a los profesionales que desde diferentes disciplinas aportan sus conocimientos para el cuidado de la salud del adulto mayor obtener una visión global de su situación a partir de la cual logran planificar intervenciones pertinentes y oportunas.”*¹⁶

De La Fuente T. y Quevedo E. realizaron un estudio sobre: “Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas Rurales. México 2010”, cuyo objetivo fue determinar la

evaluación desde los aspectos físico, funcional, mental y social, con el propósito de identificar tempranamente modificaciones y alteraciones en su estado de salud. El método fue cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes de 60 años o más. La técnica fue la entrevista, y como instrumento aplicaron el Índice de Katz.

Entre sus conclusiones:

- *Se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las actividades básicas de la vida diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente.*
- *Hubo una relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión.*
- *La frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es elevada. Se encontró que a mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional.¹⁷*

A nivel nacional:

Garcilazo, M. realizó un estudio sobre: “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de salud “Ollantay” Perú 2014”, tuvo como objetivo general determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. El método fue cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. La técnica fue la entrevista, y

como instrumentos se utilizó el índice de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer.

Las conclusiones fueron:

- *La capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria predomina la dependencia.*
- *En la dimensión procedimental la capacidad de autocuidado del adulto mayor es dependiente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria siendo las más afectadas: ir de compras, preparar la comida y responsabilidad de la medicación.¹⁸*

Delgado, T. realizó un estudio sobre: “Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro” Perú 2014”, cuyo objetivo fue determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal. La muestra estuvo conformada por los adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Se utilizó como instrumento la lista de chequeo y el índice de Barthel.

Teniendo como conclusiones:

- *Relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor.*
- *No se encontró relación entre capacidad funcional y sexo, es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo.¹⁹*

Zúñiga, G. realizó un estudio sobre: “Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la “Casa–Asilo de las

Hermanitas de los ancianos desamparados. Perú 2012”, cuyo objetivo fue determinar las actividades funcionales básicas del adulto mayor. El método fue cuantitativo, básico, prospectivo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 143 adultos mayores. La técnica fue la entrevista, y como instrumentos aplicó el Índice de Barthel Modificado.

Las conclusiones más importantes fueron:

- *El 41.95% es de sexo masculino; lo que quiere decir que hay mayor población femenina.*
- *A mayor edades mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas.*
- *El 68.53% son independientes, requieren ayuda 24.47% y un 7% son dependientes.*
- *La actividad funcional básica más afectada en el índice de autocuidado es el bañarse con 37% y la menos afectada es alimentarse con 9.1%, en el índice de movilidad la mayor actividad funcional básica más afectada es entrar y salir de la ducha con 37.1%, y la menos afectada es movilización en silla de ruedas con 16.78%.²⁰*

Zavaleta, L., realizó un estudio sobre: “Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro. Perú 2011”, tuvo como objetivo determinar las actividades funcionales básicas del adulto mayor. El método fue cuantitativo, básico, retrospectivo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 232 adultos mayores. La técnica fue la entrevista, y como instrumentos utilizó el Índice de Katz Modificado.

Cuyas conclusiones fueron:

- *A mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas.*
- *La mayor actividad funcional básica afectada es bañarse con 30.11% y la menos afectada es alimentación con 10.35%.²¹*

El aporte dado por la revisión de estos antecedentes favoreció en la elección del índice más apropiado para realizar la recolección de datos, seleccionando el índice de Barthel y el de Lawton y Brody. Así mismo clarificó la subdivisión por edad de la población para la aplicación del instrumento. Otros alcances dados por los antecedentes fueron los datos generales utilizados por cada investigador en su instrumento, contribuyendo a controlar mejor las variables intervinientes para el presente estudio. Además de la riqueza que se obtuvo en la discusión comparando los resultados de los antecedentes con los del presente estudio.

2.1.2 Base Teórica Conceptual

2.1.2.1 Aspectos teóricos del envejecimiento

2.1.2.1.1 Definición del proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Este proceso comprende una serie de cambios en la capacidad física, mental y social del ser humano, los cuales vulneran a las personas a contraer enfermedades e inclusive la muerte. Dichos cambios ameritan de un cuidado integral y multidisciplinario que enfoque la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas adultas mayores.⁷

Según la OMS⁴, en países desarrollados se considera adulto mayor a aquella persona que tiene 65 años a más, y en los subdesarrollados, de 60 años a más. En nuestro país lo norma la Ley N° 30490⁵, Ley del Adulto Mayor, considerando adulto mayor a la persona que tiene de 60 a más años.

La vejez empieza en la edad convencional de jubilarse (60 ó 65 años), pero los aparatos y sistemas de los individuos envejecen a un ritmo diferente y muchas personas de edad viven más allá de los 80 años. Así, los términos comúnmente aceptados son: la vejez inicial (60 a 69 años), la vejez intermedia (70 a 79 años) y la vejez avanzada (80 en adelante).²⁷

A medida que se sobrepasa los 60 años aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad. Por ello es tan importante el papel de la geriatría en tratar de prevenir o minimizar esta pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria, muy especialmente en relación a los adultos mayores más frágiles.²⁸

2.1.2.1.2 Características del envejecimiento:

- ✓ **Universal:** Propio de todos los seres vivos.
- ✓ **Irreversible:** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- ✓ **Heterogéneo e individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona. La discapacidad afecta de modo muy diferente a hombres y mujeres. Es diferente la frecuencia y la intensidad de la discapacidad, así como el momento de su aparición a lo largo del ciclo vital y su tiempo de duración. Las mujeres son más longevas, y el precio de vivir más es que viven más años enfermas.²⁸

2.1.2.1.3 Cambios físicos del envejecimiento que generan dependencia funcional

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos los cuales pueden afectar al individuo de forma escasa o en gran manera, se produce el envejecimiento de sus capacidades físicas y sus limitaciones asociadas. Dentro de los cambios más significativos a nivel sensorial en los adultos mayores son los derivados de la visión y de la audición, y el deterioro muscular; influyendo en su normal desenvolvimiento.²⁹ En el proceso de envejecimiento se dan cambios específicos que afectan la funcionalidad del adulto mayor:

1. Sistemas sensoriales: entre los más importantes son:

- ❖ **Visión:** Disminuye el tamaño de la pupila. Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana. Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores. Las personas con déficit visual tienen dos veces más dificultades para realizar actividades cotidianas que las que tienen una adecuada agudeza visual. La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación de la persona con su entorno lo que lleva a una desconexión con el medio y poca participación en eventos sociales, como también la dificultad para poder movilizarse o trasladarse de un lugar a otro, lo que genera la pérdida de su autonomía.²⁹

- ❖ **Audición:** Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.³⁰
2. **Articulaciones:** Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constantes (la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provoca el "encogimiento" típico de la ancianidad). Proceso acelerado por lesiones y obesidad.⁶ Las enfermedades óseas, son muy predominantes en la población adulta mayor y muy cruel debido a su naturaleza degenerativa. La artritis reumatoide o artritis deformante, en la tercera edad donde se logra ver su potencial deformativo e incapacitante, por característica y por la pérdida de movimiento llega a provocar mucho dolor. Afecta principalmente a las mujeres en relación 2/1.³¹
3. **Músculos:** Pierden masa y fortaleza. Proceso acelerado por la falta de ejercicio y desnutrición. Luego de los 50 años se produce una disminución constante de las fibras musculares, que finalmente llegan al típico aspecto de enflaquecimiento de las personas muy adultas, por lo cual se quejan por falta de fuerza y cansancio. Aún pueden ser activos, pero a un ritmo más lento. La disminución de la densidad ósea hará más frágiles sus huesos (osteopenia/osteoporosis) por lo que pueden fracturarse más rápidamente; todo lo cual hace más vulnerable al tejido músculo-esquelético, sobre todo cuando se trata de esfuerzos físicos, produciéndose limitación funcional y caídas.³¹
4. **Disminuye el equilibrio**, existe una disminución en la velocidad de reacción y en la velocidad de conducción de las fibras

nerviosas. Por lo cual, los adultos mayores al tener un tropiezo caen de forma instantánea, sin ninguna reacción para evitarlo.¹⁰

2.1.2.2 Aspectos Teóricos sobre funcionalidad en el adulto mayor

El envejecimiento se caracteriza por una disminución de las capacidades fisiológicas, declinando progresivamente las funciones de los órganos y sistemas. El proceso de envejecimiento puede variar de persona a persona, dependiendo de múltiples factores, ya sean según el género, la edad, genéticos o ambientales, como el estilo de vida, involucrando a este la actividad física. Esta disminución provoca consecuencias como una motricidad desequilibrada y precaria, volviéndose más frágiles, vulnerables y con menor autonomía funcional para realizar actividades físicas.³¹

2.1.2.2.1 Definición de funcionalidad; su relación con la teoría de Dorothea Orem

Sobre funcionalidad, Viosca³² refiere "...lo que las personas hacen o como lo hacen, las actividades, tareas, habilidades o destrezas, que los individuos requieren adaptarse dentro de su entorno, en actividades de la vida diaria (AVD), cuidado personal, movilidad o comunicación, entre otras".

La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo. El compromiso de la funcionalidad, en adultos mayores de 60 a 79 años representa el 5%, y en mayores de 80 años a más hasta el 50%. La alteración de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad

sistémica en el paciente, y su identificación permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervención y un plan de cuidado.³³

Según la OMS, considera actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía. La actividad física abarca el movimiento corporal y, a su vez, define el término “discapacidad”, como un fenómeno complejo general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.^{34,35}

El término más relacionados a la funcionalidad es la autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden tomar las propias decisiones, asumir sus propias responsabilidades y por tanto reorientar sus propias acciones; para que esto ocurra es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, social y mental de acuerdo a la forma de vida de cada persona.³⁶ En cuanto a la independencia es la habilidad autónoma que tiene la persona para su cuidado personal, sin necesidad de ayuda, de dispositivos, modificación del entorno o asistencia de otra persona.³⁵ El autocuidado es la capacidad que posee toda persona de asumir en forma voluntaria actividades con la finalidad conservar su propia higiene, alimentación, excreción, vestimenta; con la finalidad de cuidar su propia salud y satisfacer sus necesidades básicas.³⁷

Toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir factores de riesgo o retrasar la dependencia e invalidez, con una disminución de las hospitalizaciones que demandan mayor cantidad de recursos económicos y sociales.

Dorothea Orem³⁷, en su teoría del déficit de autocuidado, considera el funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar. Hace énfasis en la creación de estrategias que permiten preservar la funcionalidad de la persona; evitando así la dependencia generada por la demanda de autocuidado que surge cuando el individuo enfermo no puede llevar a cabo por sí mismo su cuidado.

El autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su propia salud, responsables de decisiones que condicionan su situación actual, manejando aspectos que se relacionan con la motivación y cambio de comportamiento, donde la educación para la salud es la principal herramienta de trabajo.

Orem³⁷, a su vez, menciona que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que “los individuos saben cuándo necesitan ayuda” y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. La práctica de buenos hábitos alimentarios, la realización de acciones significativas que optimicen el tiempo libre y las relaciones que se mantienen con otros, que faciliten el intercambio de apoyo

afectivo, mejorando indirectamente su autoestima, autopercibiendo de mejor manera su estado de salud.

2.1.2.2.2 Complicaciones en la funcionalidad del adulto mayor

➤ Dependencia Y Discapacidad

Una de las complicaciones de la funcionalidad es la dependencia. La dependencia es una situación de discapacidad en la que interviene el factor contextual de ayuda, la necesidad de requerir la intervención de personas, objetos, dispositivos, entre otros, para satisfacer sus requerimientos en cuanto a una actividad o participación en su diario vivir. La dependencia se identifica en relación a la autonomía que presenta la persona para atender sus necesidades cotidianas (asearse, comer, utilizar el teléfono, entre otros).³⁸

Según Querejeta González: “Dependencia = Limitación en la actividad + ayuda”. Se tiende a usar la palabra “dependiente” de una forma genérica o global, aunque en realidad en la mayoría de los casos, se trata de referirse a un tipo de dependencia particular, la dependencia para el autocuidado. Y concretando aún más, es una persona que como consecuencia de su senilidad o enfermedades propias de la edad, tiene dificultades en relación con su capacidad como individuo para cuidarse a sí mismo y desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él.³⁹

Álvarez Joaquín⁴⁰ define dependencia como: “Un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de

asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria, y de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación.³⁵ Estas complicaciones pueden presentar una limitación grave o completa, permanente o progresiva para la realización de las actividades de autocuidado y de movilidad. De este modo es como el descenso en la capacidad funcional provoca dichas complicaciones.

2.1.2.2.3 Deterioro de la funcionalidad en relación a edad y sexo

Es evidente que existe una estrecha relación entre la dependencia y la edad porque el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme se considera grupos de mayor edad. El descenso de la capacidad funcional en esta población adulta mayor es debido a una etiología multifactorial acumulativa e interactiva; por un lado, debido a los efectos de las enfermedades propios de la edad, e incluso al efecto descondicionante que produce el reposo en la cama y la inmovilidad por motivos de estilos de vida o por la fragilidad que genera alguna enfermedad, pero sobre todo el entorno, las carencias que provoca la institucionalización.⁴¹

En la vejez, las personas empiezan a perder la capacidad para controlar su propia vida durante la realización de actividades de la vida diaria, la capacidad de decidir en cualquier aspecto. Este deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en personas mayores, independientemente de su diagnóstico.⁴²

La diferencia en cuanto al género se evidencia en que las mujeres tienden a enfermarse antes que los hombres; de esta manera, es más probable que ellas comiencen a sufrir “achaques” antes que los caballeros o bien estéticamente se vean más arrugadas. Pero eso no significa que morirán antes; el sistema inmunológico determina que el sexo femenino tiene más longevidad que el masculino. A medida que las defensas del cuerpo se debilitan con el tiempo, la susceptibilidad de los hombres para enfermarse aumenta más fuertemente que en las mujeres de la misma edad, lo que recorta su vida útil. En simple, los caballeros se enferman más tarde, pero sus padecimientos suelen ser más graves.⁴³

2.1.2.2.4 Valoración de la funcionalidad en el envejecimiento

La valoración geriátrica integral es entendida como un proceso multidimensional e interdisciplinar dirigido a identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar la función física, mental y social, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales. La praxis de la misma exige un muy profundo conocimiento de los recursos e instrumentos que en cada área deben ser utilizados y, por tanto, una sólida formación al respecto.⁴⁴

Salgado⁴³ refiere: “La valoración funcional cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria es, para los profesionales de atención primaria (AP), una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación, y monitorizar la evolución clínica de los ancianos dependientes”.

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

➤ **Los objetivos de la valoración funcional**

Son objetivos de la valoración funcional:

- Identificar adultos mayores frágiles.
- El estudio de su situación basal.
- Diagnosticar el estado funcional.
- Identificar problemas y/o discapacidades.
- Planificar el tratamiento en forma individualizada.
- Documentar la evolución de los problemas con el paso del tiempo.
- Ubicar al paciente en el nivel adecuado.
- Favorecer en la transmisión de información entre los profesionales.⁴⁵

2.1.2.2.5 Instrumentos para la valoración de la funcionalidad en el adulto mayor

La valoración funcional geriátrica pretende evaluar la capacidad del adulto mayor para realizar independientemente actividades cotidianas, aporta datos muy útiles acerca de las necesidades de cuidados y permite una comparación a lo largo del tiempo respecto a la salud del adulto mayor.⁴⁵

Así mismo, determina cuál es el nivel asistencial más adecuado. El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. En cuanto a la medición de la funcionalidad

del adulto mayor, en la esfera física se distinguen dos grandes grupos de escalas, las que valoran las actividades de la vida diaria (ABVD) básicas y las que valoran las actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD).⁴⁶

Estas escalas son útiles para planificar cuidados prolongados y establecer nuevas políticas sociales de acuerdo a la medición que se obtenga con dichos instrumentos.

1. Índice para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las actividades básicas de la vida diaria constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son consideradas como aquellas imprescindibles para sobrevivir, denotan por lo general tareas propias de autocuidado como: comer, vestirse, asearse, trasladarse o mantener el control de esfínteres. Por debajo de ellas quedan las funciones vegetativas (respiración, mantenimiento de la presión arterial, excreción, entre otros). Estas actividades permiten que el individuo sea independiente en su domicilio; así mismo, son útiles para valorar a pacientes que se encuentran institucionalizados en casas de reposo prolongado (asilos, o casas hogar, entre otros).⁴⁶

Para la evaluación de la funcionalidad básica pueden utilizarse diversos instrumentos validados internacionalmente, los más conocidos son: El Índice de Katz, Índice de Barthel, el Perfil Pluses y el de la Incapacidad Física de la Cruz Roja.⁴⁶

❖ Descripción del Índice de Barthel

El índice de Barthel fue diseñado en 1955 y publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, tras diez años de experiencia en su uso para

valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética ingresados en hospitales de crónicos de Maryland. Aunque su uso está menos extendido que el índice de Katz, es preferido por la mayoría de los autores británicos y recomendado por la British Geriatrics Society, para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes ancianos.⁴⁷

El tiempo de recolección es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares. Evalúa 10 ABVD dando más importancia que el índice de Katz a la puntuación de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Estas actividades son: baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias (traslado cama-sillón), subir/bajar escalones, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, alimentación.⁴⁸

Se califica de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Para una mejor interpretación, sus resultados se han agrupado en cuatro categorías:

Capacidad funcional instrumental	
Dependencia total	Menor de 20.
Dependencia grave	20 a 35.
Dependencia moderada	40 a 55.
Dependencia leve	Igual o mayor de 60.
Independencia	100

El índice de Barthel M. es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo, asimismo, permite identificar la causa del deterioro funcional y su tiempo de evolución (por la periodicidad de la evaluación, esto determina la potencial reversibilidad).⁴⁹

2. Índice para la valoración de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Las actividades instrumentales de la vida diaria indican la capacidad del individuo para llevar una vida independiente en su medio ambiente. Estas actividades permiten detectar el deterioro en pacientes que aún no están postrados en su domicilio, es decir permiten detectar los problemas en sus primeras fases. El instrumento más conocido y utilizado es el de Lawton y Brody.⁵⁰

❖ Descripción del Índice de Lawton Y Brody

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria en función de autonomía o dependencia. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día.⁵⁰

Esta escala permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar

medicamentos, entre otros). La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado. Dicho cuestionario puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional. Teniendo en cuenta que la población de sexo masculino tiene diferente rol en la sociedad, se le retira los ítems 3, 4 y 5 dependiendo de la realidad. La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. Este índice es comúnmente utilizado, porque existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala, incluso es una escala sencilla de administrar ya que es rápida.⁵¹

Los ítems con número 1 indican la máxima independencia. Para su mayor interpretación, la puntuación es:

ÍTEM	M	V
Dependencia total	0-1	0
Dependencia grave	2-3	1
Dependencia moderada	4-5	2-3
Dependencia leve	6-7	4
Autonomía	8	5

Por tanto, los cambios producidos durante el proceso de envejecimiento exigen mayores cuidados en la población adulta mayor, por lo cual, la ciencia médica debe brindar un cuidado especializado.

2.1.2.3 Cuidado de enfermería en la funcionalidad del adulto mayor

El campo de la enfermería se ha ido ampliando y especializando según el requerimiento de los cambios en la población, una de las ramas de enfermería es la geriátrica - gerontológica, la cual atiende las necesidades de la persona adulta mayor conociendo el proceso de envejecimiento de cada uno. La enseñanza de la geriatría y la

gerontología en las Escuelas de Enfermería de pre-grado y en la formación continua de las enfermeras especialistas debe ser considerada esencial para responder de una mejor manera a los cambios que enfrenta nuestro país, en particular, en lo referido al aumento de los adultos mayores y, en consecuencia, al incremento de la calidad de los cuidados otorgados a este grupo etáreo.⁵²

El objeto de enfermería es el cuidado y como tal debe ser planificado, responder a las necesidades de las personas como seres humanos integrales. La enfermera(o) ejerce su rol en los diferentes niveles de atención de salud donde se brinda cuidados, en este caso, al adulto mayor, siendo la atención primaria de la salud la primordial, en la cual se realiza labores de promoción de la salud y prevención de enfermedad, pudiendo así influenciar directamente en el enlentecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, manteniendo la funcionalidad y el envejecimiento activo.⁴⁶

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar su actividad física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias. Por ello, es necesario realizar una adecuada valoración del estado funcional y habilidades, colaboran al diagnóstico y permiten la evaluación sistemática para poder realizar una intervención específica, trátase en el ámbito de servicios de salud o en el ambiente domiciliario para un seguimiento posterior. De tal modo que la valoración permitirá una mejor organización del cuidado definiendo cantidad, calidad, oportunidad y nivel de atención.²⁷

Enfermería como ciencia del cuidado está más cerca del paciente para atender sus necesidades; es por ello, la importancia de valorar al adulto mayor periódicamente desde el momento que se presenta en cualquier establecimiento, observando sus capacidades y generando estrategias propicias para favorecer el mantenimiento de su funcionalidad y así mismo contribuir a disminuir la morbi-mortalidad en esta etapa de vida.⁵³ Según refiere Orem³⁷ en su teoría, la enfermera debe ser agente que propicie en la persona adulta mayor, independencia, y autocuidado. Para que no pierda el sentido de valía ni el rol que cumple como persona en un determinado entorno. Así mismo se evita las alteraciones psicológicas que le conllevaría la pérdida de su funcionalidad.

2.1.3 Definición operacional de términos

- **Capacidad funcional:**

Habilidad que tiene la persona adulta mayor para desarrollar actividades de la vida diaria tanto en las actividades básicas como instrumentales, destinadas a satisfacer sus necesidades por sus propios medios, conservando su autonomía e independencia.

- **Actividades básicas de la vida diaria:**

Acciones destinadas a cubrir necesidades para la sobrevivencia del adulto mayor; relacionadas con alimentación, vestimenta, aseo, defecación, micción, deambulación, traslación.

- **Actividades instrumentales de la vida diaria:**

Acciones destinadas a mantener una vida independiente en su medio ambiente familiar y comunitario, relacionadas con la preparación de los alimentos, ir de compras, uso de teléfono, limpieza de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte público, responsabilidad

en su medicación y uso del dinero (presupuesta, paga recibos, va al banco, recoge y reconoce sus ingresos).

- **Edad y sexo:**

Adultos mayores de sexo masculino y femenino de 60 a 69 años, 70 a 79 años y de 80 a más años.

- **Adulto mayor:**

Personas con 60 años a más que acuden al Centro de Atención al Adulto Mayor.

2.1.4 Variables

Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria; edad y sexo.

2.2 DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo y método descriptivo, permitiendo la medición de las variables y determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de dichas variables en la población de estudio. Es de nivel aplicativo considerando que permitirá resolver problemas y controlar situaciones que aquejan en la población. De corte transversal, según el periodo del estudio.

2.2.2 POBLACIÓN

El CAM “Tayta Wasi” en la actualidad, aproximadamente, tiene una demanda mensual de 220 usuarios, entre varones y mujeres de 60 años a más. Demanda que ha sido considerada como población y de la cual se ha obtenido la muestra.

2.2.3 MUESTRA. MUESTREO

El tamaño de la muestra, según la fórmula de proporciones desarrollada es de 149 adultos mayores (Anexo “B”); sin embargo, por fines de estudio se ha tomado 148, distribuyendo la población femenina y masculina con la misma cantidad (74/74), y también en los subgrupos por edades (50/50/48). (Anexo “G”)

Para la formula se ha utilizado un nivel de confianza del 95%, un error de 5% y prevalencia del 65.3%. El valor de la prevalencia ha sido tomado de la referencia de Costa, Efraim y col.⁵⁴, quienes señalan la independencia entre 57.9% de ABVD y 72.6% para las AIVD, siendo el promedio 65.3%. Se ha añadido al tamaño de muestra calculado, un 10% adicional por posibles encuestas mal llenadas y que tendrían que ser descartadas. (Anexo “B”)

En relación al tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia.

2.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Fueron criterios de inclusión:

- Personas de 60 a 69 años, 70 a 79 años y 80 a más años.
- Que el idioma materno sea el castellano o que entiendan el idioma.
- Que acepten participar en el estudio.
- Adultos mayores que vivan en el distrito.

2.2.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron criterios de exclusión:

- Adultos mayores con demencia senil o tengan algún deterioro cognitivo diagnosticado.
- Adultos mayores que no den su consentimiento para la aplicación del instrumento.

2.2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica aplicada fue la entrevista y como instrumento el cuestionario, siendo el Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria y el Índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria. Ambos validados internacionalmente.

Se aplicó cada instrumento en un promedio de 20 a 30 minutos, tiempo que se amplió según necesidad del adulto mayor; se ejecutó en los ambientes del centro de salud que ofrecían privacidad, comodidad. Cada ítem fue explicado y reiterado según la comprensión del adulto mayor. El registro de los datos se hizo directamente en los formatos de los instrumentos. La estructura del instrumento consta de presentación, instrucciones, datos generales, datos específicos, y los enunciados propios de cada índice. (Anexo “A”)

2.2.7 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos correspondientes a la jefatura médica y de enfermería del CAM Tayta Wasi, solicitando permiso para la aplicación de los instrumentos; informando la fecha de inicio de la recolección de datos; previo al consentimiento informado. El tiempo otorgado fueron dos meses, el primer mes interdiario y el segundo diario de lunes a viernes de las 8am hasta las 5pm. Aplicando el instrumento a los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión. Para el procesamiento de datos se elaboró una tabla de códigos (Anexo “E”), luego una tabla matriz en Excel (Anexo “F”). Los resultados se presentan en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación.

El análisis e interpretación de los datos se realizó teniendo en cuenta la base teórica, así como la contrastación y comparación con los resultados de los antecedentes relacionados al estudio.

2.2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En el presente estudio no se ha realizado validez ni confiabilidad de los índices, considerando que ambos, según se menciona en capítulos anteriores, están validados internacionalmente. Con respecto al Índice de Barthel, Loewen y Andersen comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00; y en cuanto al intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97; concluyendo que la fiabilidad interobservador es muy elevada.⁴⁹

Con respecto al Índice de Lawton y Brody, en investigaciones realizadas en España se comprobaron que el coeficiente de reproductividad inter e intraobservador fue altos para ambos (0.94).^{50,51}

En la relación a la validez para ambos índices, ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patrón para la valoración de las AVD en las personas ancianas; quienes realizaron la llamada “validez de constructo” o validez de concepto. La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada, por ejemplo se ha observado que la escala de Barthel original es un buen predictor de la mortalidad, tal vez por su

acuerdo al medir dependencia, condición que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad.⁴⁹ Por este motivo, ambos instrumentos son utilizados en varios contextos para evaluar las capacidades de los adultos mayores. Dichos instrumentos son aplicados en la mayoría de estudios internacionales para evaluar funcionalidad y categorizarlos en niveles de dependencia; incluso fueron utilizados en los antecedentes encontrados. Por otro lado, se seleccionó 20 adultos mayores, extraídos de la misma población; cuyos resultados fueron utilizados para la modificación de los datos generales, con la finalidad de controlar las variables intervinientes.

2.2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Previo a la aplicación del instrumento a los adultos mayores se les solicitó su aceptación para participar en el estudio, dando lectura del contenido del consentimiento informado; la aceptación se realizó de forma verbal. Se informó a cada adulto mayor la confidencialidad de los datos recolectados, que solo serán utilizados por motivos de estudio, que no hay riesgos durante la recolección; a su vez, que existen beneficios a futuro con los resultados, considerando que reforzará la labor del personal de salud en cuanto a los cuidados a brindar a la población adulta mayor que acuda al establecimiento y a quienes se les visite. (Anexo “C”)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Culminada la recolección de datos, estos fueron procesados y, a continuación, se les presenta en gráficos estadísticos para su análisis e interpretación.

3.1 RESULTADOS

3.1.1 Datos generales

La teoría resalta la importancia de registrar diversos aspectos que influyan en la independencia de la población adulta mayor, con la finalidad de que el resultado de esta investigación sea beneficioso para la realidad a la que se tomó como referencia. Estas variables intervinientes son elementos que permiten realizar un mejor análisis de los resultados para el estudio.

a. Características físicas del terreno de las comunidades de residencia:

Al respecto, se obtuvo que el 52.7% (78) de adultos mayores transitan por vías sin asfaltar, de tierra; y el 47.3% (70) de adultos mayores por vías asfaltadas. El 55.4% (82) adultos mayores deben subir escaleras para llegar a sus viviendas, el 27.7% (41) camina por vías planas; el 16.9% (25) adultos mayores tienen la necesidad de trasladarse en transporte público. (Anexo "H")

b. Problemas de salud:

Respecto a los sentidos, el 37.8% (56) de adultos mayores tienen alteración de la visión, el 7.4% (11) tienen alteración de la audición, el 49.3% (73) adultos mayores con alteraciones en ambos sentidos y el 5.5% (8) con ninguna alteración de los sentidos. Respecto a enfermedades óseas y articulares, el 1.4% (2) adultos mayores con artritis, el 0.7% (1) con osteoporosis, mientras que con ambas enfermedades el 42.6% (63) adultos mayores. Y el 55.3% (82) con ninguna de las enfermedades. (Anexo "I")

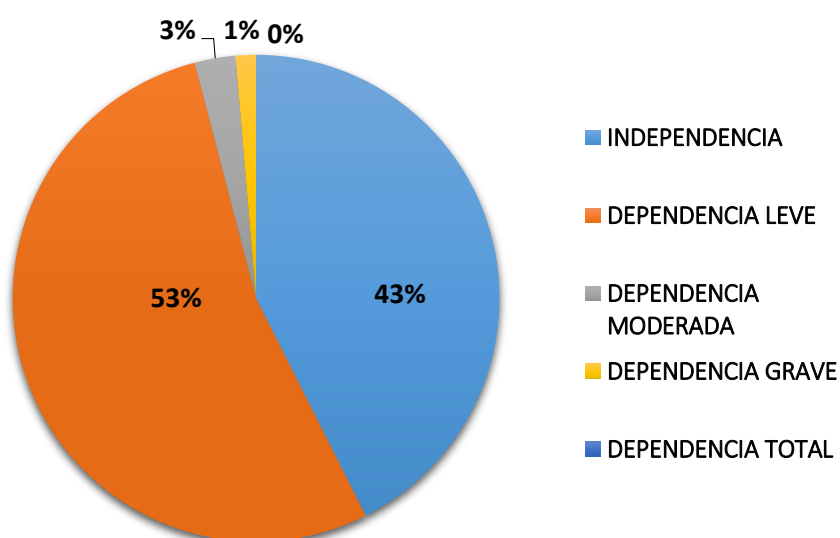
c. Caídas:

El 61.5% (91) de adultos mayores tuvieron caídas sin fracturas, mientras que el 3.4% (5) tuvieron caídas con fracturas, y el 35.1% (52) no tuvieron caídas en los 2 últimos años. (Anexo "J")

3.1.2 Datos específicos

Gráfico 1

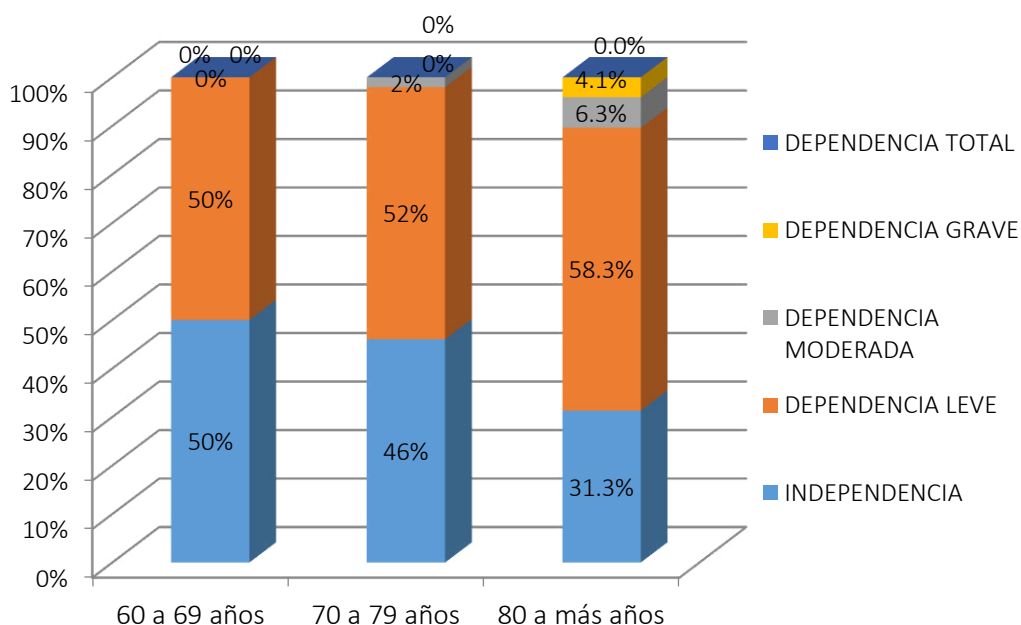
Capacidad funcional para desarrollar actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores que acuden a un centro de atención al Adulto mayor. VMT 2016



En el gráfico 1 sobre capacidad funcional para desarrollar actividades básicas, se observa que del 100% (148) de la población adulta mayor, el 53% (79) se categoriza con dependencia leve y el 43% (63) con independencia.

Gráfico 2

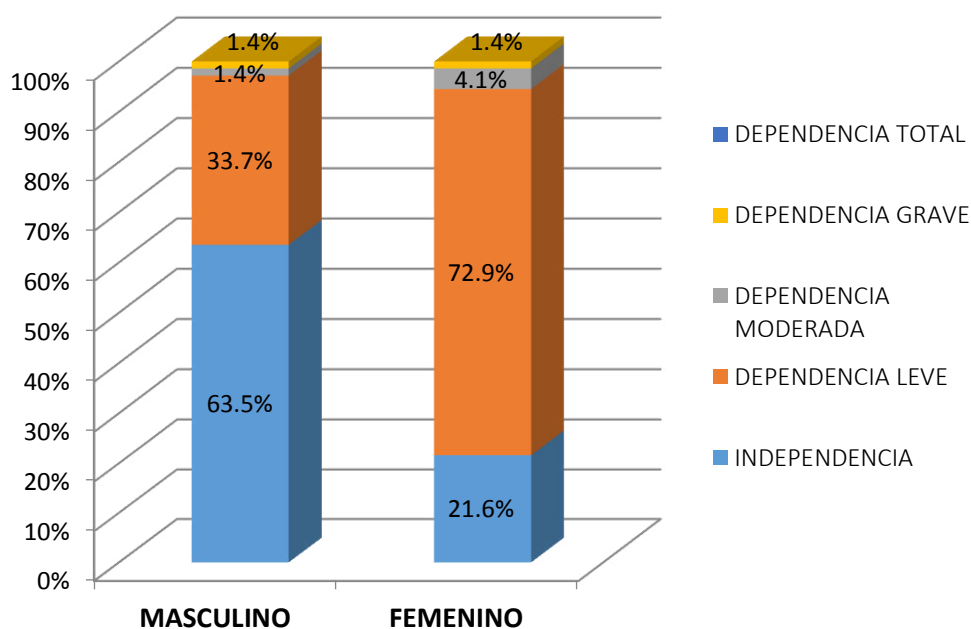
Capacidad funcional para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, según edad en Adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto Mayor. VMT 2016



El gráfico 2 sobre capacidad funcional para desarrollar actividades básicas según edad, se evidencia que del 100% (148) de adultos mayores, el mayor porcentaje se ubica en la categorización de dependencia leve predominando en el subgrupo de 80 a más años con 58.3% (28) y con 52% (26) en el de 70 a 79 años. Y en la categorización de independencia predomina la población de 60 a 69 años con el 50% (25), seguido del subgrupo de 70 a 79 años con 46% (23).

Gráfico 3

Capacidad funcional para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, según sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto Mayor. VMT 2016



En el gráfico 3 sobre capacidad funcional para desarrollar actividades básicas según sexo, se observa que el mayor porcentaje de la categorización de dependencia leve se ubica con el 72.9% (54) en la población de sexo femenino y el mayor porcentaje en la categorización de independencia en la del sexo masculino con 63.5% (47).

Tabla 1
Actividades básicas de la vida diaria según demanda de
dependencia, en adultos mayores que acuden a un
Centro de Atención al Adulto Mayor. VMT 2016

ACTIVIDADES BÁSICAS	TOTAL		Independencia		Dependencia	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 Alimentación	148	100%	130	87.2%	18	12.8%
2 Baño	148	100%	126	85.1%	22	14.9%
3 Vestido	148	100%	139	93.9%	9	6.0%
4 Aseo	148	100%	137	92.6%	11	7.4%
5 Uso de retrete	148	100%	142	95.9%	6	4.1%
6 Defecación	148	100%	146	98.6%	2	1.4%
7 Micción	148	100%	76	51.4%	72	48.6%
8 Deambulaci3n	148	100%	130	87.8%	18	12.2%
9 Subir y bajar escaleras	148	100%	120	81.1%	28	18.9%
10 Transferencia	148	100%	134	90.5%	14	9.5%

En la tabla 1, respecto a las actividades básicas de la vida diaria según demanda de dependencia, se observa que del 100% (148) adultos mayores, los porcentajes mayores corresponden a adultos mayores independientes para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. La actividad de la vida diaria que demanda mayor dependencia es la de micción, con 48.6% (72) adultos mayores y la actividad que demanda menor dependencia es la defecación, con 98.6% (146) adultos mayores.

En orden decreciente, las actividades que demandan, de mayor a menor dependencia, son la de subir y bajar escaleras (18.9%), seguida de baño (14.9%), la de alimentación (12.8%), deambulaci3n (12.2%), transferencia (9.5%); las restantes, aseo, vestido y uso de retrete con el 7.4%, 6.0% y 1.4% respectivamente.

Tabla 2

Actividades básicas de la vida diaria según demanda de dependencia, considerando edad y sexo, en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor. VMT 2016

ACTIVIDADES BÁSICAS		DEMANDA DE DEPENDENCIA																	
		TOTAL		SEXO															
				FEMENINO								MASCULINO							
				60 a 69 años		70 a 79 años		80 a más años		Total		60 a 69 años		70 a 79 años		80 a más años		Total	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Alimentación	18	100%	0	0.0%	2	11.1%	4	22.2%	6	33.3%	0	0.0%	3	16.7%	9	50.0%	12	66.7%
2	Baño	22	100%	1	4.6%	7	31.8%	5	22.7%	13	59.1%	0	0.0%	3	13.6%	6	27.3%	9	40.9%
3	Vestido	9	100%	0	0.0%	1	11.1%	4	44.5%	5	55.6%	0	0.0%	1	11.1%	3	33.3%	4	44.4%
4	Aseo	11	100%	0	0.0%	2	18.2%	6	54.5%	8	72.7%	0	0.0%	1	9.1%	2	18.2%	3	27.3%
5	Uso de retrete	6	100%	0	0.0%	2	33.3%	1	16.7%	3	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.1%	3	50.0%
6	Defecación	2	100%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
7	Micción	72	100%	10	13.9%	19	26.4%	25	34.7%	54	75.0%	2	2.8%	6	8.3%	10	13.9%	18	25.0%
8	Deambulaci3n	18	100%	3	16.7%	3	16.7%	6	33.3%	12	66.7%	0	0.0%	2	11.1%	4	22.2%	6	33.3%
9	Subir y bajar escaleras	28	100%	4	14.3%	7	25.0%	7	25.0%	18	64.3%	0	0.0%	3	10.7%	7	25.0%	10	35.7%
10	Transferencia	14	100%	3	21.4%	2	14.3%	4	28.6%	9	64.3%	0	0.0%	0	0.0%	5	35.7%	5	35.7%

En la tabla 2, respecto a las actividades básicas de la vida diaria según demanda de dependencia, por edad y sexo, se ha considerado como 100% al total de adultos mayores que presentan dependencia para satisfacer cada actividad de la vida diaria, de ambos sexos; en base a la tabla anterior.

Se observa que en la población femenina la actividad básica de la vida diaria que demanda dependencia es la micción con el 75.0% (54) adultas mayores, la de subir y bajar escaleras en el 64.3% (18), bañarse en el 59.1% (13) y en la de deambulaci3n en el 66.7% (12) adultas mayores. Las actividades restantes en orden decreciente son la de transferencia, aseo, alimentaci3n, vestido, uso del retrete y defecaci3n que como se menciona anteriormente, es la de menor dependencia para satisfacerla.

Según edad, la necesidad que demanda dependencia tambi3n es la micción con el 13.9% (10), 26.4% (19) y 34.7% (25) adultas mayores para la poblaci3n de 60-69, 70-79 y de 80 a m3s ańos, respectivamente. Siendo la defecaci3n la actividad b3sica de la vida diaria que demanda menos dependencia.

En el subgrupo de edad de 60-69 ańos, en orden decreciente de dependencia, luego de la actividad b3sica de micción, se observa a subir y bajar escaleras, deambulaci3n, transferencia y, la de menor dependencia es la de bańo con el 4.6% de adultas mayores.

En el subgrupo de edad de 70-79 ańos, las actividades de la vida diaria de m3s dependencia, luego de la actividad b3sica de micción, son la de uso del retrete con el 33.3% (2) adultas mayores; en orden decreciente, micción, bańo, subir y bajar escaleras, aseo,

deambulaci3n, transferencia, alimentaci3n y vestido con el menor porcentaje de 11.1% (1) adulta mayor.

En el subgrupo de edad de 80 a m1s a1os, se incrementa los porcentajes de adultos mayores con dependencia para satisfacer las actividades b1sicas de la vida diaria. As1, en orden decreciente, son la de aseo, defecaci3n, vestido, deambulaci3n, transferencia, subir y bajar escaleras, ba1o, alimentaci3n; siendo la actividad uso del retrete la que demanda menor dependencia para satisfacerla.

En relaci3n a la poblaci3n masculina, la actividad b1sica de la vida diaria que demanda mayor dependencia es la de micci3n con el 25.0% (18) adultos mayores, la de alimentaci3n en el 66.7% (12), subir y bajar escaleras en el 35.7% (10) y en la de ba1arse en el 40.9% (9) adultos mayores. Las actividades restantes, en orden decreciente, son las de deambulaci3n, transferencia, vestido, aseo, uso del retrete y defecaci3n.

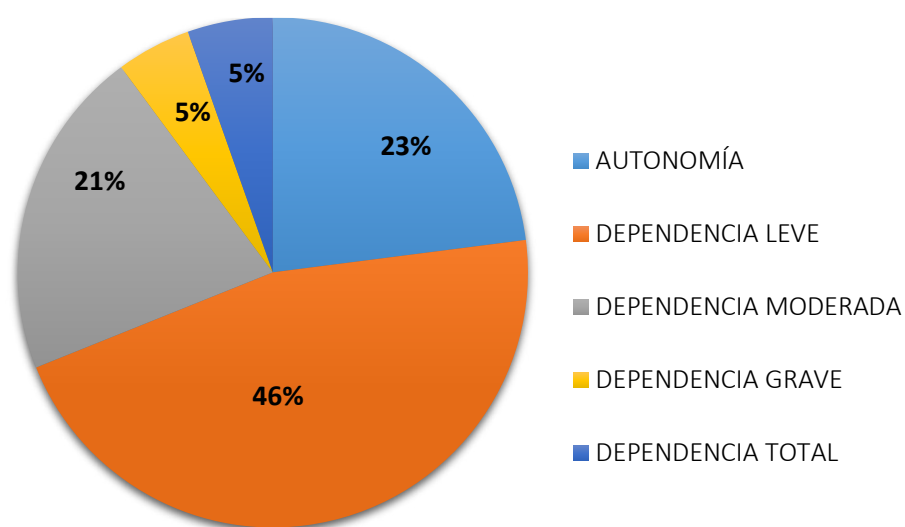
Seg1n edad, en la poblaci3n de 60 - 69 a1os, es la necesidad b1sica de micci3n la que demanda dependencia en el 2.8% (2) adultos mayores, siendo la 1nica actividad con dependencia para su satisfacci3n.

En el subgrupo de edad de 70 - 79 a1os, la actividad b1sica de la vida diaria con mayor n1mero de adultos mayores varones es la de micci3n, con el 8.3% (6) adultos mayores. En orden decreciente, son las actividades de alimentaci3n, ba1o, y subir y bajar escaleras, deambulaci3n, vestido y aseo las que tienen menor n1mero de adultos mayores que necesitan ayuda para satisfacerlas.

En el subgrupo de 80 a más años, igualmente, es la actividad básica de micción la que tiene el mayor número de adultos mayores con necesidad de ayuda para su satisfacción, 13.9% (10) adultos mayores. En orden decreciente, son las actividades de alimentación con 50% (9) adultos mayores, subir y bajar escaleras 25% (5), la de bañarse con 27.3% (6) adultos mayores respectivamente. Es la actividad básica de defecación que tiene solamente un adulto mayor, siendo la que demanda menos dependencia.

Gráfico 4

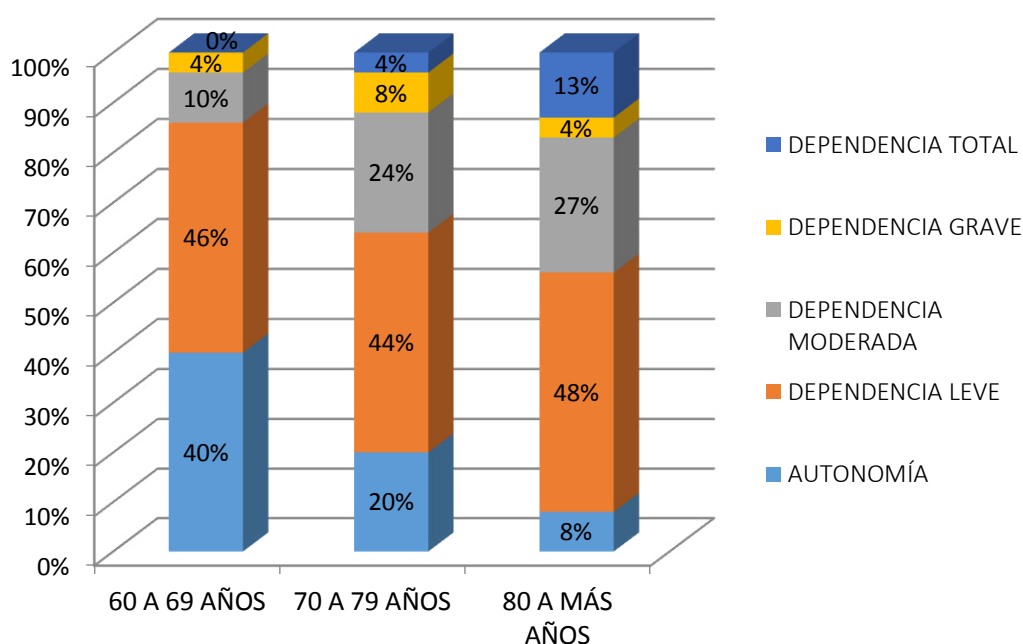
**Capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor.
VMT 2016**



En el gráfico 4 sobre capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria, se evidencia que del 100% (148) adultos mayores, la categorización de mayor porcentaje es la dependencia leve en el 46% (68) adultos mayores, el 23% (34) son autónomos y el 21% (31) adultos mayores presentan dependencia moderada.

Gráfico 5

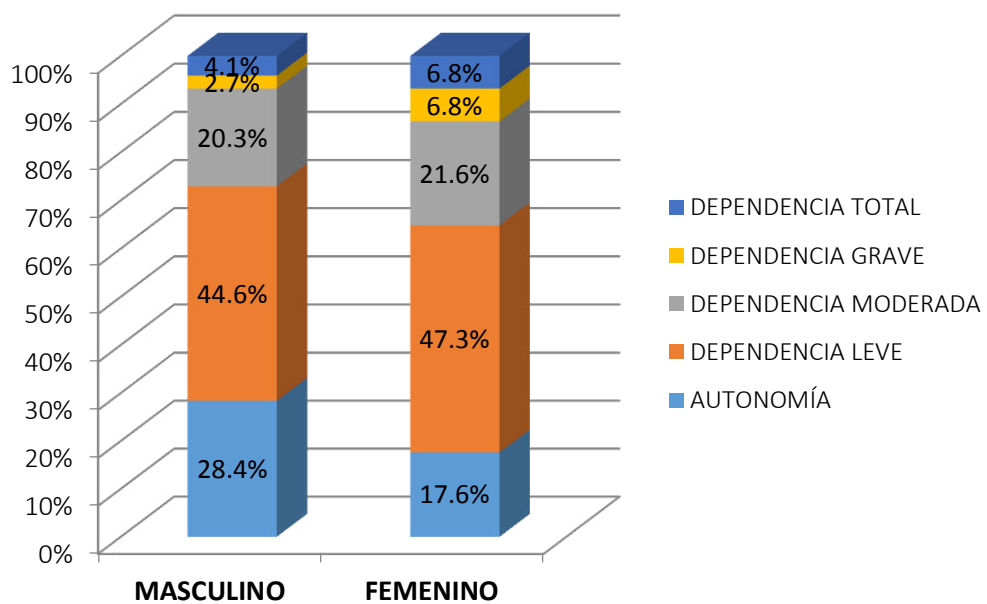
Capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria, según edad en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto Mayor. VMT 2016



El gráfico 5 sobre capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales según edad, muestra que del 100% (148) adultos mayores, el mayor porcentaje de la categorización dependencia leve se ubica en el subgrupo de 80 a más años con el 48% (23) adultos mayores. La categorización de autonomía en la población de 60 a 69 años con el 40% (20). La de dependencia moderada en el subgrupo de 80 a más años con 27% (13) adultos mayores; así mismo, en este grupo de edad se evidencia, en mayor porcentaje, la presencia de la categorización de dependencia total, llegando al 13% de adultos mayores.

Gráfico 6

Capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria, según sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto Mayor. VMT 2016



El gráfico 6 sobre capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales según sexo, se muestra que del 100% (148) adultos mayores, en la población de sexo femenino, el mayor porcentaje se ubica en la categorización de dependencia leve con el 47.3% (35), seguido de la dependencia moderada con 21.6% (16), y de autonomía con el 17.6% (13) adultas mayores. La categorización de dependencia grave y total llegan, ambas al 6,8% de adultos mayores.

En el sexo masculino, el mayor porcentaje se ubica en la categorización de dependencia leve con el 44.6% (33), seguido de la autonomía con el 28.4% (21), y la dependencia moderada con 20.3%

(15) adultos mayores. La categorización de dependencia grave llega al 2.7% de adultos mayores y la dependencia total al 4.1%.

Tabla 3
Actividades instrumentales de la vida diaria según demanda de
dependencia, en adultos mayores que acuden a un
Centro de Atención al Adulto Mayor. VMT 2016

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES		TOTAL		Independencia		Dependencia	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Capacidad para usar el teléfono	148	100%	111	75%	37	25.0%
2	Ir de compras	148	100%	49	33.1%	99	66.9%
3	Preparación de la comida	74	100%	52	70.3%	22	30%
4	Cuidado de la casa	74	100%	61	82.4%	13	18%
5	Lavado de ropa	74	100%	64	86.5%	10	14%
6	Uso del medio de transporte	148	100%	134	89.8%	14	10.2%
7	Responsabilidad sobre medicación	148	100%	102	65.4%	46	34.6%
8	Capacidad de utilizar el dinero	148	100%	131	87.4%	17	12.6%

En la tabla 3, respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, según demanda de dependencia para su satisfacción, se observa que del 100% (148) total de adultos mayores, es ir de compras con el 66.9% (99) adultos mayores, la actividad que demanda mayor dependencia. La actividad instrumental de mayor independencia es la de uso del medio de transporte con el 89.8% (134) adultos mayores.

Tabla 4

Actividades instrumentales de la vida diaria según demanda de dependencia, considerando edad y sexo, en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor. VMT 2016

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES			DEMANDA DE DEPENDENCIA																	
			TOTAL		SEXO															
					FEMENINO						MASCULINO									
					60 a 69 años		70 a 79 años		80 a más años		Total		60 a 69 años		70 a 79 años		80 a más años		Total	
					Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Capacidad para usar el teléfono	37	100%	10	27.0%	9	24.3%	6	16.2%	25	67.6%	2	5.4%	3	8.1%	7	18.9%	12	32.4%	
2	Ir de compras	99	100%	11	11.1%	21	21.2%	17	17.2%	49	49.5%	11	11.1%	17	17.2%	22	22.2%	50	50.5%	
3	Preparación de la comida	22	100%	2	9.1%	10	45.5%	10	45.5%	22	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
4	Cuidado de la casa	13	100%	2	15.4%	5	38.5%	6	46.2%	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
5	Lavado de ropa	10	100%	3	30.0%	3	30.0%	4	40.0%	10	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
6	Uso del medio de transporte	14	100%	1	7.1%	4	28.6%	5	35.7%	10	71.4%	0	0.0%	0	0.0%	4	28.6%	4	28.6%	
7	Responsabilidad sobre medicación	46	100%	5	10.9%	15	32.6%	11	23.9%	31	67.4%	3	6.5%	3	6.5%	9	19.6%	15	32.6%	
8	Capacidad de utilizar el dinero	17	100%	0	0.0%	4	23.5%	4	23.5%	8	47.1%	2	11.8%	2	11.8%	5	29.4%	9	52.9%	

En la tabla 4 respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, según demanda de dependencia para satisfacerlas, considerando edad y sexo, se ha considerado, al igual que en la tabla 1, al 100% de adultos mayores que presentan dependencia para satisfacer cada actividad instrumental de la vida diaria, de ambos sexos.

La tabla permite observar que en la población femenina la actividad instrumental que demanda dependencia en el mayor número de adultas mayores, es ir de compras, en el 49.5% (49) adultas mayores, seguida por la actividad instrumental de responsabilidad sobre su medicación en el 67.4% (31), la capacidad de usar el teléfono en el 67.6% (25), la de preparación de la comida en el 100% (22), la de cuidado de la casa en el 100% (13), la de lavado de la ropa en el 100% (10) y la de capacidad de utilizar el dinero en el 47.1% (8) adultas mayores.

Según edad, en el grupo de 60 - 69 años la actividad instrumental que demanda dependencia es la de ir de compras, en el 11.1% (11) adultas mayores, seguida por la capacidad para usar el teléfono en el 27.0% (10) y responsabilidad en su medicación en el 10.9% (5) adultas mayores. Las restantes, en orden decreciente son las de lavado de ropa en el 30.0% (3), la de preparación de la comida y cuidado de la casa en el 9.1% (2) y 15.4% (2) adultas mayores, respectivamente y la de uso del medio de transporte en el 7.1% (1). La actividad instrumental de capacidad de usar el dinero no presenta dependencia en ninguna adulta mayor.

En el subgrupo de 70 - 79 años, la actividad instrumental, ir de compras, representado por el 21.2% (21) es la que presenta el mayor

número de adultas mayores que necesitan ayuda, seguida de la actividad instrumental responsabilidad sobre su medicación en el 32.6% (15), la preparación de la comida en el 45.5% (10), la capacidad para usar el teléfono en el 24.3% (9) adultas mayores. En menor frecuencia las de cuidado de la casa con el 38.5% (5), seguida del uso de medio de transporte con el 28.6% (4), la capacidad de utilizar el dinero con el 23.5% (4) y finalmente, la de menor número de adultas mayores con dependencia para satisfacerla es la capacidad instrumental de lavado de ropa con el 30.0% (3) adultas mayores.

En el subgrupo de 80 a más años, es la actividad de ir de compras en 17.2% (17), responsabilidad en su medicación en 23.9% (11) y preparación de la comida en 45.5% (10) adultas mayores. La que demanda menor dependencia es la capacidad de usar el dinero.

En la población masculina la actividad instrumental que demanda dependencia es la de ir de compras en el 50.5% (50) adultos mayores, seguida de responsabilidad sobre la medicación en el 32.6% (15), la capacidad para usar el teléfono en el 23.9% (12) adultos mayores, la capacidad de utilizar el dinero en el 52.9% (9), y la de hacer uso de medio de transporte en el 28.6% (4) adultos mayores.

No se llega a resultados en las actividades instrumentales de preparación de la comida, cuidado de la casa y lavado de ropa considerando que en el instrumento no se consideran en la evaluación de adultos mayores de sexo masculino.

Según edad, para el subgrupo de 60 – 69 años, es la actividad ir de compras la que obtiene el mayor número de adultos mayores que necesitan ayuda para satisfacerla, representada por el 11.1% (11) adultos mayores; seguida por las de responsabilidad sobre medicación

con el 6.5% (3), la de capacidad para utilizar el dinero con el 11.8% (2) y la de capacidad para usar el teléfono con el 5.4% (2) adultos mayores. No se presenta necesidad de ayuda para satisfacer la necesidad de uso de medio de transporte, en ningún adulto mayor.

En el subgrupo de 70 – 79 años, es al igual que en el subgrupo anterior, la actividad instrumental, ir de compras, la que tiene el mayor número de adultos mayores con necesidad de ayuda, representado por el 17.2% (17), seguida por las de capacidad para usar el teléfono con el 8.1% (3), la de responsabilidad sobre medicación con el 6.5% (3) y la capacidad de utilizar el dinero con 11.8% (2) adultos mayores. No se presenta necesidad de ayuda para satisfacer la necesidad de uso de medio de transporte, en ningún adulto mayor.

En el subgrupo de 80 a más años, el mayor número de adultos mayores que necesitan ayuda es en la actividad instrumental, ir de compras, con el 22.2% (22), seguida por las de responsabilidad sobre medicación con el 19.6% (9), la capacidad para usar el teléfono con el 18.9% (7), la de capacidad de utilizar el dinero con el 29.4% (5) y la de uso de medio de transporte en el 28.6% (4) adultos mayores.

3.2 DISCUSIÓN

Considerando los resultados obtenidos en el presente estudio, se evidencia que la capacidad funcional, en la mayoría de adultos mayores, está determinada por la dependencia, es decir, necesitan alguna ayuda. En relación a la capacidad funcional para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, predomina la dependencia leve (Gráfico 1). Del mismo modo el estudio realizado por Calíope¹⁵ en Brasil - 2013, comprueba que su población de estudio presenta algún grado de dependencia, siendo de mayor proporción la dependencia leve y en menor proporción la moderada y grave. No obstante, según los resultados obtenidos del estudio De La Fuente y col.¹⁷ en México - 2010, se encontró que los niveles de dependencia son mayores que el de nuestra población de estudio, lo que permite extrapolar que la capacidad funcional de los adultos mayores, es similar en los estudios realizados en Perú y Brasil a comparación de los resultados de la muestra seleccionada en México.

De la misma manera, la capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria que tienen los adultos mayores, en su mayoría, es la dependencia leve, seguida de dependencia moderada (Gráfico 2). Dichos datos se asemejan a los resultados del estudio realizado por Garcilazo¹⁹ Perú - 2014", quien obtuvo que la mayoría de los adultos mayores encuestados son dependientes al realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Por consiguiente se confirma que los adultos mayores durante el proceso de envejecimiento, cursa por cambios fisiológicos que

contribuyen en la disminución de sus capacidades, lo que conlleva progresivamente a la dependencia y pérdida de su autonomía.⁴² Lo mencionado permite afirmar que la población seleccionada aún conserva parte de su autonomía e independencia para la realización y satisfacción de sus necesidades de la vida diaria. De ahí la importancia que tiene la valoración funcional, donde enfermería teniendo estos elementos puede brindar sus cuidados a la población adulta mayor en promoción de la salud, favoreciendo a la propia conquista de su autonomía y asimilación de conocimientos en favor de un envejecimiento saludable.^{24,26}

Teniendo en cuenta que la dependencia afecta de modo diferente a las personas, en respuesta a que los aparatos y sistemas de los individuos envejecen a un ritmo diferente²⁸, en el presente estudio se evidencia que los resultados obtenidos de la capacidad funcional para las actividades básicas según la edad, prevalece la dependencia ligera en el subgrupo de 80 a más años de edad y existe sutilmente mayor independencia en el subgrupo de 60 a 69 años. Si bien es cierto, existen ligeras desproporciones, no es una diferencia significativa, lo que se corroboró aplicando la prueba CHI cuadrado, obteniendo que la capacidad funcional para desarrollar actividades básicas según edad no es significativa por ser ($p>0.05$). No concordando con los resultados encontrados en estudios de Muñoz¹³, Caliope¹⁵, De La Fuente¹⁷, Delgado¹⁸, Zuñiga²⁰ y Zavaleta²¹, quienes constatan que a mayor edad, mayor es el deterioro de las capacidades funcionales básicas. Sin embargo, en cuanto a las actividades instrumentales se evidencia claramente la diferencia entre la capacidad funcional y la edad, ya que en el subgrupo de 80 a más años existe mayor dependencia moderada, severa y total, y menor independencia que en el subgrupo de 60 a 69 años. Lo señalado, se confirma aplicando la prueba CHI cuadrado con

el que se obtuvo una diferencia significativa ($p < 0.05$). Estos resultados son semejantes a los de Delgado¹⁸ Perú - 2014, encontrando relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir, que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor, teniendo mayor predominio en la categorización de dependencia moderada. Estos resultados, llevan a interpretar que existe la necesidad de intervenir en la salud de los adultos mayores, buscando estrategias que contribuyan a la conservación de su autonomía en el cuidado propio para satisfacer sus necesidades.

En relación a la capacidad funcional y el sexo, la teoría menciona que “la población femenina tiene más longevidad que la masculina, pero tienden a enfermarse y a perder antes su independencia; sin embargo, en la masculina suelen ser más graves y les afecta mucho más”.⁴³ De igual forma, los resultados del presente estudio muestran que la capacidad funcional para desarrollar actividades básicas de la vida diaria es la dependencia leve y predomina en la población femenina, confirmándolo con la prueba CHI cuadrado ($p = 0.000$), en la que existe diferencia significativa. Estos resultados coinciden con el estudio de Calíope¹⁵, quien menciona que las mujeres tienen mayor grado de dependencia leve, moderada y grave. Sin embargo, difiere del estudio de Delgado²¹ y Concepción¹⁴, quienes encontraron que no hay relación entre funcionalidad y sexo. En el presente estudio, la mayoría de las adultas mayores son amas de casa, cuyas labores la mantienen en continua actividad; es el sexo masculino el más independiente. Pudiendo interpretar que en el futuro los varones del estudio tendrán mayor nivel de dependencia, produciéndose mayores padecimientos, institucionalización y muerte; mientras que las mujeres incluso con mayor dependencia y aunado con padecimientos u otras alteraciones continúen aún caminando o en institucionalización, pero aún con vida.

En cuanto a la capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria, la dependencia es ligeramente mayor en la población femenina que la masculina; sin embargo la diferencia es de 0.8% mayor en mujeres, no siendo significativa mediante prueba de CHI cuadrado ($p>0.05$). En ligera convergencia, el estudio de Concepción¹⁴ menciona la diferencia significativa entre sexo y funcionalidad, siendo más dependientes las mujeres. Si bien es cierto, para los varones no es común realizar los quehaceres del hogar⁴⁹; sin embargo, en la aplicación del índice de Lawton y Brody se toma en cuenta dichos ítems para la población masculina. Por ello, no se encuentra diferencia significativa entre capacidad funcional y sexo.

En el proceso de envejecimiento, los cambios morfológicos que ocurren en los adultos mayores y que contribuyen en la pérdida de la independencia y autonomía, son principalmente los cambios en los sentidos, tanto visuales como auditivos, que son indispensables para nuestra vida, por la función de percibir lo que existe y sucede a nuestro alrededor.²⁸ Así pues, en los adultos mayores del estudio, se ha evidenciado la presencia de alteraciones visuales y auditivas, siendo la visual de mayor proporción (Anexo "I"). En este sentido, se interpreta que la alteración visual y auditiva estaría influyendo negativamente, en los adultos mayores, conllevándolos a una pérdida progresiva de su autocuidado. Otros factores, son las enfermedades óseas y articulares, presentado por la mayoría de los adultos mayores (Anexo "I"). La teoría afirma que dichas enfermedades, artritis y artrosis, producen algún grado de dependencia por el dolor que genera³¹; corroborado en este estudio, ya que mayormente las personas que poseen estas enfermedades son dependientes entre moderado y grave, tanto para las actividades básicas como para las instrumentales.

La presencia de caídas, es un indicador de los cambios producidos en el adulto mayor, causado por la pérdida de la masa muscular que conlleva al deterioro del mismo y la pérdida de la tonicidad que determinan mayor riesgo a caídas y fracturas¹⁰. De tal forma que las consecuencias de las caídas también pueden generar pérdida de la independencia y autonomía, sea por dolor o inmovilización momentánea que causa. En la población de estudio, se evidencia gran índice de caídas en los adultos mayores, causándoles disminución en su autonomía (Anexo “J”); habiendo sido generadas en su mayoría por las características del terreno por el cual los adultos mayores transitan y habitan; siendo el trayecto vías sin asfaltar (tierra), terreno accidentado, con subidas y bajadas, con necesidad de subir escaleras en los cerros. (Anexo “H”)

La actividad básica funcional, tomada de la aplicación del índice de Barthel, que demanda mayor dependencia a la población adulta mayor, es la micción, considerada como incontinencia urinaria en su afectación, asimismo, subir y bajar escaleras, bañarse y, en menor dependencia es la incontinencia fecal, el uso del retrete y el vestirse (Anexo “K”). Las dificultades para realizar estas actividades son ocasionadas por la disminución de las fibras musculares que finalmente terminan generando la pérdida de la masa y fuerza muscular, perdiendo con ello la autonomía.³⁰ Dichos resultados divergen con los hallazgos encontrados en el estudio de Zúñiga²⁰ y Zavaleta²¹, quienes mencionan que la actividad funcional básica más afectada es la capacidad de bañarse y la menos afectada es alimentarse.

Según sexo, la población femenina tiene mayor dependencia a la actividad básica de micción (incontinencia urinaria), la de subir y bajar

escaleras, bañarse y deambulaci3n; mientras que la poblaci3n masculina tiene mayor dependencia a la actividad de micci3n (incontinencia urinaria), alimentaci3n, y subir y bajar escaleras (Anexo “K”). Por otro lado, la actividad de menor dependencia, para ambos sexos es el de defecaci3n (incontinencia fecal) y el uso de retrete. (Tabla 1). Del mismo modo, el estudio de Concepci3n¹⁴, coincide parcialmente con el presente estudio, quien menciona que la actividad funcional con mayor dependencia para la poblaci3n femenina, es la micci3n (incontinencia urinaria) y la de menor dependencia es la de defecaci3n (incontinencia fecal).

En cuanto a la poblaci3n masculina, tiene mayor dependencia a la actividad b3sica de micci3n (incontinencia urinaria) y alimentaci3n; y la que demanda menor dependencia es el uso de retrete, traslado de cama/sill3n, deambulaci3n y el de subir y bajar las escaleras. (Tabla 1) La actividad b3sica de micci3n (incontinencia urinaria) es una de las actividades que exigen mayor dependencia al adulto mayor, en ambos sexos, relacionado con el deterioro de la fuerza y tonicidad muscular en general y, espec3ficamente, en la musculatura p3lvica, especialmente en el caso de las mujeres m3ltiplaras que determina que esta regi3n anatómica se encuentre con hiperplasia, lo que genera muchas veces el prolapso ya sea vaginal o vesical.^{28,31} Es por ello, que en mayor proporci3n la poblaci3n femenina tiene dificultad en controlar sus esf3nteres y el contenido urinario; provocando finalmente la p3rdida de su autonom3a.

En la poblaci3n femenina, las adultas mayores de 60 a 69 a3os conservan su autonom3a en la satisfacci3n de las actividades b3sicas de alimentaci3n, ba3o, vestido, aseo, uso de retrete y defecaci3n. En el sub grupo de 70 a 79 a3os, en orden decreciente, son las actividades

de baño, subir y bajar escaleras las que demandan mayor dependencia y las de alimentación, transferencia, aseo, uso de retrete, vestido e incontinencia fecal las que demandan menor dependencia. En el sub grupo de 80 a más años, son el uso del retrete e incontinencia fecal las que demandan menor dependencia, las restantes, mayor. En la población masculina, los adultos mayores de 60 a 69 años conservan su autonomía en la satisfacción de todas las actividades básica a excepción de la incontinencia urinaria mencionada en párrafo anterior. En el sub grupo de 70 a 79 años, en orden decreciente, son las actividades de deambulaci3n, alimentaci3n, ba1o, subir y bajar escaleras que demandan mayor dependencia y las restantes demandan menor dependencia. En el sub grupo de 80 a m1s a1os, en orden decreciente de dependencia son las actividades de transferencia, ba1o, subir y bajar escaleras y alimentaci3n las que demandan mayor dependencia siendo las de vestido, uso del retrete, aseo y defecaci3n las que demandan menor dependencia.

Se observa que conforme aumenta la edad es mayor el n1mero de actividades b1sicas de la vida diaria, que para satisfacerlas, las adultas mayores necesitan ayuda para satisfacerlas.

La actividad funcional instrumental que demanda mayor dependencia en la poblaci3n femenina, es la capacidad de ir a comprar y la responsabilidad sobre su medicaci3n, siendo del mismo modo para la poblaci3n masculina, pero en mayor intensidad; mientras que la actividad que demanda menor dependencia a las mujeres, es la capacidad de utilizar el dinero, usar el medio de transporte, el lavar la ropa y el cuidado de la casa; y para los varones, es la utilizaci3n del medio de transporte y la capacidad de utilizar el dinero. (Tabla 2 y Anexo “L”) En similitud, el estudio de Concepci3n¹⁴, se evidencia c3mo los hombres tienen mayor independencia en utilizar el dinero, en viajar

más, y las mujeres son más responsables en su medicación, de cocinar, lavar la ropa e ir de compras.

En la población femenina de 60 a 69 años, en orden decreciente, luego de la actividad instrumental ir de compras, es la actividad capacidad para usar el teléfono aquella que demanda mayor dependencia; la preparación de la comida, cuidado de la casa, uso de medios de transporte y capacidad de utilizar el dinero, demandan menor dependencia. En el sub grupo de 70 a 79 años, es la capacidad para usar el teléfono, preparación de la comida y responsabilidad sobre su medicación aquellas que demandan mayor dependencia; el uso de medios de transporte, capacidad de utilizar el dinero y lavado de ropa demandan menor dependencia. En el sub grupo de 80 a más años, preparación de la comida, responsabilidad sobre su medicación son aquellas que demandan mayor dependencia y, uso de medios de transporte, capacidad de utilizar el dinero y lavado de ropa aquellas que demandan menor dependencia.

En la población masculina de 60 a 69 años, es la actividad instrumental de ir de compras la que demanda mayor dependencia y las actividades de capacidad para usar el teléfono, de utilizar el dinero, responsabilidad sobre su medicación y uso de medios de transporte, menor. En el sub grupo de 70 a 79 años, es ir de compras la actividad que demanda mayor dependencia, las restantes demandan menor dependencia. En el sub grupo de 80 a más años, se mantiene la actividad ir de compras como la que demanda mayor dependencia, seguida por responsabilidad sobre su medicación, capacidad para usar el teléfono, capacidad de utilizar el dinero y uso de transporte. Estas actividades funcionales de realizar los quehaceres del hogar están más ligadas al sexo femenino; además, porque muchas de ellas, se

encargan de la casa mientras sus hijas e hijos se van a trabajar, quedándose al cuidado de sus nietos. Son estas actividades, que mantienen activas a las mujeres al pasar los años; siendo lo inverso en los varones, que al jubilarse dejan su ritmo activo, trayendo perjuicios en ellos; pues, aunque las mujeres empiezan a envejecer antes, son menos fatales que en los varones que no realizan la misma actividad que antes.⁴³

La realidad descrita en el presente estudio sobre la capacidad funcional revela que hay necesidad de elaborar planes de intervención destinados a brindar cuidados apropiados a los adultos mayores, contribuyendo a la recuperación o al mantenimiento de su funcionalidad con autonomía e independencia. Se reafirma la necesidad de realizar una valoración integral al adulto mayor aplicando detenidamente los test que con ese fin están considerados en los formatos que el Ministerio de Salud ha determinado. Es clara la necesidad de considerar las diferencias según edad y sexo, lo que determinará intervenciones diferenciadas, dirigidas, personalizadas lo que favorecerá, a su vez, que dichas intervenciones sean oportunas.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. La capacidad funcional de los adultos mayores para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, en todas las edades, es de dependencia leve.
2. Según edad, en la capacidad funcional del adulto mayor de 60 a 69 años no hay diferencia entre independencia y dependencia leve para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria; en los de 70 a 79 años se incrementa la dependencia leve, con presencia de dependencia moderada y, en los de 80 a más años, igualmente, predomina la dependencia leve, se incrementa la moderada y hay presencia de dependencia grave.
3. En la capacidad funcional del adulto mayor, en todas las edades, para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria disminuye la dependencia leve y se incrementa la dependencia moderada.
4. Según edad, en la capacidad funcional del adulto mayor de 60 a 69 años predomina la dependencia leve para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria; en los de 70 a 79 años disminuye la dependencia leve, se incrementa la moderada y tiene presencia la dependencia grave y, en los de 80 a más años, predomina la dependencia leve, se incrementa la moderada, disminuye la grave y aumenta la dependencia total.
5. Según edad, en los adultos mayores, de mayor edad, existe mayor dependencia para desarrollar actividades instrumentales

de la vida diaria que para desarrollar actividades básicas de la vida diaria.

6. Según sexo, en las adultas mayores, existe mayor dependencia para desarrollar actividades básicas que para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria.
7. En la capacidad funcional del adulto mayor, en el sexo femenino, predomina la dependencia leve con poca presencia de dependencia moderada para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, a diferencia del sexo masculino, que predomina la independencia y con ligero incremento de la dependencia moderada; en ambos, es casi nula la presencia de dependencia total.
8. En la capacidad funcional del adulto mayor, según sexo, son más independientes los de sexo masculino para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria; no hay diferencia en los niveles de dependencia, siendo mayor la presencia de dependencia grave y total en el sexo femenino.
9. Según edad, y en ambos sexos, en los adultos mayores de 60 a 69, de 70 a 79 y de 80 años más, es la micción la actividad básica de la vida diaria que demanda mayor dependencia y, la de defecación y uso del retrete las actividades que demandan menor dependencia.
10. En la población femenina, las adultas mayores de 60 a 69 años conservan su autonomía en la satisfacción de las actividades básicas a excepción de la micción. En el sub grupo de 70 a 79 años, son dependientes para algunas actividades; y en el sub grupo de 80 a más años, son dependientes a la mayoría de las actividades en excepción del uso del retrete y defecación.

11. En la población masculina, los adultos mayores de 60 a 69 años conservan su autonomía en la satisfacción de la mayoría de las actividades básicas a excepción de la micción; en el sub grupo de 70 a 79 años, son dependientes en la mayoría de las actividades básicas a excepción del uso del retrete, defecación y transferencia; se mantiene la mayor dependencia para la micción. En el sub grupo de 80 a más años, son dependientes en todas las actividades básicas; en su mayoría, a la micción, seguido de alimentación, subir y bajar escaleras, baño y transferencia. En menor dependencia, vestido, uso de retrete, aseo y defecación.
12. En ambos sexos, ir de compras es la actividad instrumental de la vida diaria que para satisfacerla demanda mayor dependencia.
13. En la población femenina de 60 a 69 años, la actividad instrumental ir de compras es la que demanda mayor dependencia, seguida de la capacidad para usar el teléfono y responsabilidad sobre medicación. En el sub grupo de 70 a 79 años, igualmente, es la actividad instrumental ir de compras es la que demanda mayor dependencia, seguida de la responsabilidad sobre medicación, preparación de la comida y capacidad para usar el teléfono; las restantes en menor dependencia. En el sub grupo de 80 a más años, la mayoría le demanda mayor dependencia, en la actividad básica ir de compras, seguida de responsabilidad sobre medicación y preparación de la comida. En menor dependencia las restantes.
14. En la población masculina de 60 a 69 años, la actividad instrumental de ir de compras es la que demanda mayor dependencia, seguida de responsabilidad sobre medicamentos, capacidad para usar el teléfono y capacidad de utilizar el dinero.

No hay dependencia para usar medio de transporte. En el sub grupo de 70 a 79 años, ir de compras es la actividad que demanda mayor dependencia, seguida de capacidad para usar el teléfono, responsabilidad sobre medicación y capacidad de utilizar el dinero; no hay dependencia para uso de medio de transporte. En el sub grupo de 80 a más años, todas las actividades le demandan dependencia; en orden decreciente, ir de compras, responsabilidad sobre medicación, capacidad para usar el teléfono, capacidad para utilizar el dinero y uso de medio de transporte.

RECOMENDACIONES

- ❖ Es importante y necesario que el equipo multidisciplinario complete la valoración integral al adulto mayor (VACAM) que conlleve a su categorización y a un monitoreo permanente, considerando la edad y sexo en la valoración integral.
- ❖ Se recomienda hacer un mayor énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; captando nuevos adultos mayores, igualmente, personas menores de 60 años, de las diferentes zonas del distrito, para fomentar un envejecimiento más saludable y activo.
- ❖ Sería muy positivo que en el CAM Tayta Wasi, se implemente un programa de estimulación cognitiva y social, con el fin de mantener o mejorar capacidades funcionales no solo físicas sino también cognitivas y sociales.
- ❖ Fortalecer a la familia/ cuidador familiar de los adultos mayores en sus conocimientos y habilidades para lograr el mantenimiento de la autonomía en el adulto mayor, disminuyendo la dependencia.
- ❖ Fortalecer en el personal de salud sus competencias que conlleven a intervenciones efectivas, personalizadas con el adulto mayor y su familia en beneficio de la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- ❖ Realizar un estudio cualitativo sobre la percepción de los adultos mayores sobre su capacidad funcional actual y actitudes que les conllevan, con la finalidad de contribuir con estrategias más direccionadas a las reales necesidades de los adultos mayores y familia.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Boletín Informativo: *Situación de la población Adulta Mayor, Julio-Agosto-Setiembre 2016*. N°4. Perú – 2016. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-jul-ago-set-2016.pdf. (Último acceso 16 Enero 2017).
2. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Dinámica poblacional. En: Héctor Benavides Rullier (eds). *Perú: Situación y Perspectivas de la Mortalidad por Sexo y Grupos de Edad, Nacional y por Departamentos, 1990-2025*. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-09795. 2010. P21-24.
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0901/Libro.pdf>. (último acceso 05 Enero 2016).
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de poblacional y VI de vivienda. Perú: crecimiento y distribución de la población, 2007. Perú – 2008. http://censos.inei.gob.pe/censos2007/documentos/Resultado_CPV2007.pdf. (Último acceso 26 Marzo 2016).
4. Anón. Compendio estadístico del Perú 2014. *Estado de la Población Peruana 2014*. 2°ed. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). 2014. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf. (último acceso 05 Enero 2016).
5. Lizana A. Las mujeres envejecen más que los hombres. *Mujeres*. 1ed. Act-Chile. Pag.2-3. Chile, Agosto – 2014.

<http://www.guioteca.com/mujer/comprobado-cientificamente-las-mujeres-envejecen-mas-que-los-hombres/>. (Último acceso 07 Marzo 2016).

6. Organización Mundial De La Salud (OMS). Esperanza de vida en el Perú pasó de 69 a 79 años, según OMS. *El Comercio*. 15 de mayo del 2014. http://elcomercio.pe/mundo/actualidad/esperanza-vida-peru-paso-69-79-anos-segun-oms-noticia-1729668?ref=flujo_tags_57469&ft=nota_8&e=titulo. (último acceso 05 Enero 2016).
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Esperanza de vida de la población peruana*. Nota de prensa. Noviembre, 2015. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/#url>. (Último acceso 16 Enero 2017).
8. Wiley, Rose. Organización Mundial De La Salud (OMS). *Envejecimiento y ciclo de vida: Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud del 30 Setiembre 1015*. <http://www.who.int/topics/ageing/es/>. (último acceso 05 Enero 2016).
9. Normas Legales. Ley de la Persona Adulta Mayor. *El Peruano*. 21 de Julio del 2016.
10. Penny Montenegro, Melgar Cuellar. *Geriatría y Gerontología*. Teoría del envejecimiento. 1°ed. Bolivia. Editorial La Hoguera. 2012. http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf. (último acceso 05 Enero 2016).
11. Jacob Filho Wilson. Actividad física como factor de protección de la salud del adulto mayor. Penny Montenegro, Melgar Cuellar. *Geriatría y Gerontología*. 1°ed. Bolivia. Editorial La Hoguera.

2012.

P103-107.

http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf.

(último acceso 05 Enero 2016).

12. De La Fuente Bacelis, Quevedo Tejero (eds). Funcionalidad Para Las Actividades De La Vida Diaria En El Adulto Mayor De Zonas Rurales. *Medicina Familiar*. 2010. Vol. 12 (1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>. (último acceso 05 Enero 2016).
13. Muñoz Silva CA, Rojas Orellana PA, Marzuca Nassr GN. *Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar*. Tesis para especialidad en Kinesiología. Universidad Santo Tomás; 2014.
14. Fajardo Ramos, E; Núñez Rodríguez, M. *Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición*. Tesis para Magister en Educación. Universidad del Tolima; 2012.
15. Calíope Pilger M., Umberto Menon M., Aidar de Freitas T. *Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS*. Tesis para Doctorado en Enfermería. Universidad de São Paulo; 2013
16. De La Fuente Bacelis TJ, Quevedo Tejero EC. *Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales*. Tesis para Magister en salud pública. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco – México; 2010.
17. Concepción Acosta G. *Capacidad funcional en las personas mayores según el género. España, 2013*”. Tesis para licenciatura en Enfermería. Universidad Valladolid. España, 2014.
18. Zavaleta Concepción, L. *Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto–*

Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro". Tesis para licenciatura en Tecnología Médica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.

19. Zúñiga Olivares GH. *Evaluación de la actividad funcional básica en el adulto mayor de la "Casa-asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados"*. Título para Licenciatura en Tecnología Médica en el área de Terapia Física y Rehabilitación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
20. Garcilazo Salazar, M. *Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de san juan de Miraflores 2014*. Título para Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
21. Delgado Cerrot T. *Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro" Lima, 2014*. Título para Licenciatura en Enfermería. Universidad San Martín de Porres; 2014.
22. Ministerio de Salud. *DIRESA pone en marcha programa Tayta Wasi: Política de inclusión social se extiende por el país. Publicado: 10 de marzo del 2013. Lima – Perú*. Anón. http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12324. (último acceso 05 Enero 2016).
23. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores 2006*. 5 de Junio del 2006. P40. http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf. (último acceso 06 Enero 2016).

24. Bukker Mary, Walsh Mary. Enfermería gerontológica cuidados integrales del adulto mayor. Ed. S.A Elsevier. Pág. 30-35. España, 1998. <https://www.casadellibro.com/libro-enfermeria-gerontologia-cuidados-integrales-del-adulto-mayor/9788481743081/619439>. (último acceso 16 Febrero 2017).
25. OPS. En Serie RR.HH: Enseñanza de enfermería en la salud del adulto mayor. cap.59. pág.1-2. Washington 2012. <https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chromenstant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=competencias+de+enfermeria+en+atencion+primaria+y+adulto+mayor>. (último acceso 16 Febrero 2017).
26. Díaz Navarro M., Díaz Navarro M. Proceso Enfermero Basado en el Modelo de Promoción de la Salud. V19 (4). Editorial medic. Mayo, 2011. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-139.pdf>. (Último acceso 12 Enero 2016).
27. Zahonero Martínez. Tercera edad. En: México D. Familias. Obregón Álvarez J. Cap.49. Pág.369. Ed. Palibrio. México, 2011. https://books.google.com.pe/books?id=6fUlfTvzX2kC&pg=PA369&dq=J.+L.+Mart%C3%ADnez+Zahonero,+2000&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiS69ePkp3SAhVGOiYKHbW_BJIQ6AEIHjAB#v=onepage&q&f=false. (último acceso 16 Febrero 2017).
28. Asset B.C.V. *Proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales*. Capítulo 2. España 2015 <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>. (último acceso 20 Enero 2017).
29. Alcantud F., Sotos C. *Discapacidad, envejecimiento y dependencia: el papel de las tecnologías*. España 2007. (Último acceso 30 noviembre 2016). http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20900/alcantud_dependencia.pdf. (Último acceso 30 Marzo 2016).

30. Allevato Miguel A. Envejecimiento. En: Gaviria John. *Efectos adversos cutáneos de la terapia antineoplásica*. 1ed. Editoria Act Terap; 2008. P154-160. http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf. (último acceso 12 Enero 2016).
31. Carolus A. *Enfermedades reumáticas, discapacidad y tercera edad*. En Distintas capacidades personas excepcionales: Con discapacidad o Sin ella, pero sobre todo Personas. Blog publicado el 07 de Enero 2010. <http://distintacapacidad.blogspot.pe/2010/01/enfermedades-reumaticas-discapacidad-y.html>. (Último acceso 30 Marzo 2016).
32. Viosca Herrero E. valoración de la función: medida de la función. En: Sánchez I., Ferrero A. (eds). *Manual SERMEF de Rehabilitación y medicina Física*. 1ed. Buenos aires. Editorial médica Panamericana; 2008. P53. https://books.google.com.pe/books?id=RAabGs4sil4C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. (Último acceso 12 Enero 2016).
33. Zavala González MA et al. Funcionalidad del adulto mayor. Rev.Med-Inst. México 2011; 49 (6): 585-590 <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im116b.pdf>. (último acceso 28 Enero 2017).
34. Organización Mundial De La Salud (OMS). *Actividad Física*. Mikhail Tyo. http://www.who.int/topics/physical_activity/es/. (Último acceso 09 Enero 2016).
35. Organización Mundial De La Salud (OMS). *Discapacidad*. <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>. (último acceso 09 Enero 2016).
36. Rojas Ocaña; A. Toronjo Gómez; C. (eds). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*.

2006. V17 (1). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2006000100002&script=sci_arttext. (último acceso 11 Enero 2016).
37. Dorothea Orem. *Teoría del Autocuidado*. Citado en: Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. México 2011. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>. (último acceso 11 Enero 2016).
38. Dorantes Mendoza G., Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600001&lng=es&nrm=iso. (Último acceso 30 Marzo 2016).
39. Querejeta González M. *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. 1ed. Madrid. Editorial Artegraf S.A. 2014. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>. (último acceso 09 Enero 2016).
40. Álvarez Gregori JA. Correlación clínico-biológica del envejecimiento: desde el gen hasta la Dependencia. En: Macías Núñez JF. Álvarez Gregori JA. (eds). *Dependencia en geriatría*. 1ed. España. Editorial salamanca. 2009. P29-40. https://books.google.com.pe/books?id=XamMh2UbhvUC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. (último acceso 12 Enero 2016).
41. Gutiérrez Robledo LMF. García Peña MC. (eds). *Envejecimiento y dependencia*. 1ed. México. Intersistemas; 2014. <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>. (último acceso 12 Enero 2016).

42. Jaramillo Gómez E. Valoración Geriátrica Integral En: Macías Núñez JF. Álvarez Gregori JA. (eds). *Dependencia en geriatría*. 1ed. España. Salamanca. 2009. P41-50. https://books.google.com.pe/books?id=XamMh2UbhvUC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. (último acceso 12 Enero 2016).
43. Envejecimiento en red. *Género y Dependencia*. Blog Envejecimiento “En red”, publicado el 6: mayo 2014. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/Genero-y-Dependencia.pdf>. (Último acceso 30 Marzo 2016).
44. Vargas Esquivel LM. *Valoración Geriátrica Integral*. V4 (1-2). 1ed. Vertientes; 2001. P46-48. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/33083>. (último acceso 12 Enero 2016).
45. Salgado A. *Valoración Funcional*. Citado en: Sánchez Vallejo SM. Valoración del nivel de independencia de los usuarios la unidad de atención a la tercera edad. España. 2009. P46-51. <http://www.uned.es/master-mayores/PROYECTOS%20ALUMNOS/proyectos/tesismilenasanchez.pdf>. (último acceso 12 Enero 2016).
46. Anón. Escalas de valoración funcional y cognitiva. En: Anón. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. 2010. <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>. (Último acceso 12 Enero 2016).
47. Cid-Ruzafa J., Damián-Moreno J. Valoración De La Discapacidad Física: El Índice De Barthel. *Rev. Española Salud Pública*. 1997. 71 (2). <http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos>

[propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_2_127.pdf](#). (último acceso 21 Enero 2016).

48. Lázaro Alquézar, A., Rubio Aranda, E., Sánchez, Sánchez, A., & García Herrero, J. C. Capacidad para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. *Revista española de salud pública*, 81(6), 625-636. España 2007. [http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2497221](#). (Último acceso 30 Febrero 2016).
49. Douglas G. Carroll M.D. Functional Evaluation: The Barthel Index. 1965. Estados Unidos. [http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf](#). (Último acceso 12 Enero 2016).
50. Trigás ferrín M. Escala De Lawton Y Brody Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). *Rev. Española Salud Pública*. 2007. [http://www.meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf](#). (último acceso 21 Enero 2016).
51. Lawton y Brody. Capacidad funcional de actividades instrumentales de la vida diaria de personas adultas mayores. Escala de valoración. [http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrumentum_valoracion_atencion_domiciliaria/043_INDICE_LAWTON_Escala_actividades_instrumentales_vida_diaria.pdf](#) (Último acceso 30 Febrero 2016).
52. Bonafont Castillo A., Sadurní Bassols C. Enfermería Gerontogeriatrica. 2010. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermeria_gerontogeriatrica_concepto_principios_y_campo_de_actuacion.pdf](#). (Último acceso 12 Enero 2016).

53. Firmino Bezerra S., Mesquita Lemos A. (eds). Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Vol.12 (32). 1ed. Murcia; 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400016&script=sci_arttext. (Último acceso 12 Enero 2016).
54. Costa, Efraim, Kyosen, Adélia Nakatani, Bachion Maria. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta paul enferm, 19(1), 43-35. 2006. (Último acceso 12 Enero 2016).

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
“A” Instrumentos	I
“B” Tamaño de muestra	V
“C” Consentimiento informado	VI
“D” Operacionalización de la variable	VII
“E” Tabla de codificación	IX
“F” Matriz de datos	X
“G” Adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor, según edad y sexo. VMT 2016	XIII
“H” Características sobre la trayectoria del camino a casa de la población de estudio.	XIV
“I” Problemas de salud de la población de estudio	XV
“J” Caídas c/s fracturas en la población de estudio	XVI
“K” Capacidad funcional para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, según ítem evaluado en Capacidad funcional para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria, según ítem	XVII
“L” evaluado en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. VMT 2016.	XVIII

ANEXO “A”

I INSTRUMENTO

Capacidad Funcional Para Desarrollar Actividades Básicas De La Vida Diaria

I. Presentación:

Buenos días Sr(a), mi nombre es Ghina Meza Laureano, soy estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Me dirijo a usted para solicitarle su participación en el presente estudio; el cual tiene como objetivo identificar el nivel de independencia en la habilidad para desarrollar actividades cotidianas en los adultos mayores. La información obtenida será de carácter anónimo y confidencial, solo, con fines de estudio, por lo cual solicito responder con total sinceridad. Se les informa que estas entrevistas no llevan a ningún riesgo, más bien hay beneficios y el más importante que el Centro de Atención del adulto mayor obtendrá información actualizada en cuanto a su valoración funcional, y podrán así realizar medidas que conlleven a brindar un cuidado integral para cada uno de Uds. Le agradezco por anticipado su colaboración.

I. Instrucciones:

A continuación le haré algunas preguntas y Ud. Deberá responder con total sinceridad, si Ud. Solicita que sea releída la pregunta, no dude en pedirlo; si le pidiésemos realizar alguna acción le pido lo realice como normalmente Ud. Lo hace.

II. Datos generales:

1. Edad:Años
2. Analfabeto: SI () NO ()
3. Sexo: F () M ()
4. Camino por el cual Ud. Va a su casa es de: Tierra ()
Asfaltado ()
 - a) Plano
 - b) Empinado
 - c) Escaleras
 - d) Movilidad
5. Enfermedad de base: Audición () Visión () Artrosis ()
Artritis () Osteoporosis () Otros:
6. Caídas y fracturas en los 2 últimos años. SI () NO ()

III. Datos específicos:

ALIMENTACIÓN	
Si es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).	10
Si necesita ayuda.	5
Si necesita ser alimentado.	0
BAÑO	
Si es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.	5
Si necesita cualquier ayuda.	0
VESTIDO	
Si es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...	10
Si NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.	5
DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.	0
ASEO	
INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla	5
Si NECESITA ALGUNA AYUDA.	0
USO DE RETRETE	
Si es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.	10
Si NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.	5
DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	0
DEFECACIÓN	
Si es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.	10
Si tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.	0
MICCIÓN	
Si es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.	10
Si tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.	5
INCONTINENTE.	0

DEAMBULACIÓN					
Si es INDEPENDIENTE: camina solo más de 50 metros. En caso de precisar ayudas técnicas las maneja de forma independiente.					15
Si NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.					10
INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.					5
DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.					0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS					
Si es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.					10
Si NECESITA AYUDA física o verbal.					5
INCAPAZ de manejarse sin asistencia.					0
TRANSFERENCIA (TRASLADO ENTRE SILLA y CAMA o VICEVERSA)					
Si es INDEPENDIENTE.					15
Si NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).					10
Si NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero es capaz de permanecer sentado sin ayuda.					5
Si es INCAPAZ, no se mantiene sentado.					0
TOTAL =	DT	DG	DM	DL	I

II INSTRUMENTO

Capacidad Funcional Para Desarrollar Actividades Instrumentales De La Vida Diaria

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY	V	M
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc.	1	1
Marca unos cuantos números conocidos	1	1
Contesta el teléfono pero no marca	1	1
No usa el teléfono en absoluto	0	0
IR DE COMPRA		
Realiza todas las compras necesarias con independencia	1	1
Compra con independencia pequeña cosas	0	0
Necesita compañía para realizar cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de ir de compras	0	0

PREPARACIÓN DE LA COMIDA					
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia					1
Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes					0
Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene dieta adecuada					0
Necesita que se le prepare y sirva la comida					0
CUIDAR LA CASA					
Cuida la casa solo o con ayuda ocasional					1
Realiza tareas domésticas ligeras					1
Realiza tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable					1
Necesita ayuda con todas las tareas de la casa					0
No participa en ninguna					0
LAVADO DE ROPA					
Realiza completamente el lavado de ropa personal					1
Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.					1
Necesita que otro se ocupe de todo el lavado					0
MEDIO DE TRANSPORTE					
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1				1
Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público	1				1
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1				1
Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda	0				0
No viaja en absoluto	0				0
RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN					
Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas)	1				1
Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0				0
No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0				0
CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO					
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos, va al banco), recoge y conoce sus ingresos	1				1
Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos	1				1
Incapaz de manejar dinero.	0				0
TOTAL:	DT	DG	DM	DL	A

ANEXO “B”

TAMAÑO DE MUESTRA

Fórmula para calcular Tamaño de Muestra, según proporción

$$n = \frac{N z^2 p q}{(d^2 (N - 1) + z^2 p q)}$$

		N.C: 95%
		Error: 5%
Tamaño población	N =	220
Nivel de Confianza	Z² =	3.8416
Prevalencia	p =	0.653
1-Prevalencia	q =	0.348
Error	d² =	0.0025
z² p q =		0.871
n =		191.6
		1.4
Tamaño de muestra		
n=		135
Muestra	10%	149

ANEXO “C”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días Sr(a), mi nombre es Ghina Meza Laureano, soy interna de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Me dirijo a usted para solicitarle su participación en el presente estudio titulado “*Capacidad Funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en Adultos Mayores que acuden a un Centro de Atención del Adulto Mayor. VMT–2016*”; el cual tiene como objetivo Determinar la capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo. La información obtenida será de carácter anónimo y confidencial, solo, con fines de estudio, por lo cual solicito responder con total sinceridad. Se les informa que estas entrevistas no llevan a ningún riesgo, más bien hay beneficios y el más importante que el Centro de Atención del adulto mayor obtendrá información actualizada en cuanto a su valoración funcional, y podrán así realizar medidas que conlleven a brindar un cuidado integral para cada uno de Uds. Le agradezco por anticipado su colaboración.

ANEXO “D”
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Habilidad que tiene el adulto mayor para desarrollar actividades de la vida diaria tanto en las actividades básicas como instrumentales, destinadas a satisfacer sus necesidades por sus propios medios, conservando así su autonomía e independencia; sin necesidad de supervisión. Según subgrupos de edad (60 a 69 años, 70 a	ACTIVIDADES BÁSICAS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Baño ○ Alimentación ○ Vestido ○ Aseo ○ Uso de retrete ○ Defecación ○ Micción ○ Deambulaci3n ○ Subir y bajar escaleras ○ Transferencia (traslado entre silla y cama o viceversa) 	<p>Dependiente:</p> <p>Total</p> <p>Grave</p> <p>Moderada</p> <p>Leve</p> <p>Independiente</p>	Habilidad que tiene el adulto mayor para desarrollar actividades de la vida diaria destinadas a cubrir necesidades imprescindibles para la sobrevivencia, relacionadas con la alimentaci3n, vestimenta, higiene, uso de los SS.HH, defecaci3n, micci3n, deambulaci3n, traslaci3n, entre otras. Las cuales permiten ser independientes en su domicilio. Siendo medido seg3n escala de Barthel, expresada en niveles de dependencia: dependiente total, grave, moderada, leve o independiente.

79 años y de 80 a más años), de ambos sexos.	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	<ul style="list-style-type: none"> ○ Capacidad para usar el teléfono ○ Ir de compra ○ Preparación de la comida ○ Cuidar la casa ○ Lavado de ropa ○ Medio de transporte ○ Responsabilidad sobre la medicación ○ Capacidad de utilizar el dinero. 	Dependiente: Total Grave Moderada Leve Autónomo	Habilidad que tiene el adulto mayor para desarrollar actividades de la vida diaria destinadas a mantener una vida independiente en su medio ambiente familiar y comunitario, relacionadas con la alimentación uso del teléfono, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte público, manejo de medicamentos, asuntos financieros. Siendo medido según escala de Lawton y Brody, expresados en niveles de autonomía y dependencia: autónomo, leve, moderada, grave y dependiente total.
--	-----------------------------------	---	--	--

ANEXO “E”

TABLA DE CODIFICACIÓN

Nº	ITEM		CÓDIGO
1	Sexo	Femenino	1
		Masculino	2
2	Camino a casa	Tierra	1
		Asfaltado	2
3	Trayecto a casa	Plano	1
		Empinado	2
		Escalera	3
		Movilidad	4
4	Enfermedad	Audición	1
		Visión	2
		Artrosis	3
		Osteoporosis	4
5	Caídas y fracturas	No caídas	0
		Si caídas	1
		Caídas con fractura	2

ANEXO “F”

MATRIZ DE DATOS

MATRIZ DE CODIFICACION																											
ADULTOS MAYORES	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS														ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE VIDA DIARIA								
	EDAD	SEXO	ENFERM	CA Y FR	ACTIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA										TOTAL	ESCALA	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE VIDA DIARIA								TOTAL	ESCALA	
					ALIM	BAÑO	VESTI	ASEO	SS.HH	DEFE	MICCI	DEAMB	SYB ES	TRASL			TELEF	COMP	PR COM	LIMPIEZ	LAV RO	TRANS	MEDIC	DINER			
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			1	2	3	4	5	6	7	8			
1	78	1	2,3,4	0	10	5	10	5	10	10	5	15	0	15	85	DL	0	0	1	1	1	1	1	1	1	6	DL
2	68	2	2	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	1	1	1	1	1	1	1	6	DL
3	76	1	2	1	10	0	10	5	10	10	5	15	10	15	90	DL	1	0	0	1	1	0	0	1	4	DM	
4	86	2	1	1	5	0	10	5	10	10	5	10	5	10	70	DL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DT
5	80	1	1,2,3,4	0	5	0	10	5	10	5	5	10	0	15	65	DL	1	0	1	1	1	1	0	1	6	DL	
6	67	1	2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	0	1	7	DL	
7	71	2	2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
8	63	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
9	70	2	2	1	10	0	10	0	10	10	5	10	5	15	75	DL	1	0	0	1	0	1	1	0	4	DM	
10	78	1	2	0	10	0	10	5	10	10	0	10	5	15	75	DL	1	0	1	1	1	1	1	0	6	DL	
11	63	2	1,2	1	5	5	10	5	10	10	10	15	10	15	95	I	1	0	0	1	0	1	0	0	3	DS	
12	81	1	2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	1	1	0	1	1	1	0	5	DM	
13	64	1	1,2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
14	70	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
15	61	1	2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
16	67	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DL	
17	77	1	2,3	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
18	70	2	2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
19	80	1	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
20	68	1	3	0	10	0	10	5	10	0	0	15	5	15	70	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
21	81	2	2	0	5	0	10	5	5	10	5	10	10	10	70	DL	1	0	0	1	1	1	1	0	5	DM	
22	80	1	2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
23	68	1	1,2,3,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	1	1	1	1	1	1	1	7	DL	
24	84	1	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	0	1	7	DL	
25	86	2	2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
26	64	1	2,3,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
27	78	1	1,2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
28	68	1	4	0	10	5	10	0	10	10	10	10	10	10	85	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
29	81	1	1,2,3	1	10	5	10	0	10	10	10	10	10	10	85	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
30	68	1	2	0	10	5	10	0	10	10	10	10	10	10	85	DL	0	1	1	1	1	1	1	1	7	DL	
31	71	2	1,2	0	5	0	10	5	10	10	10	15	10	15	90	DL	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
32	68	2	2,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	0	0	4	DM	
33	78	2	2	0	10	5	10	5	10	10	5	10	5	15	85	DL	1	0	1	1	1	1	0	1	6	DL	
34	67	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	0	0	0	1	1	1	1	1	5	DM	
35	81	1	2	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	0	1	6	DL	
36	64	1	1,2	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
37	70	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
38	78	1	2,3,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	5	15	90	DL	0	0	0	1	0	1	0	1	3	DS	
39	64	1	2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	1	1	1	1	1	1	6	DL	
40	76	1	2,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	1	1	1	1	0	1	5	DM	
41	84	1	1,2,3,4	1	10	0	5	5	10	10	5	15	5	15	80	DL	1	0	0	0	1	1	0	1	4	DM	
42	68	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
43	67	1	1,2,3	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	1	1	1	1	1	1	1	7	DL	
44	70	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
45	81	2	1,2	1	10	0	10	5	10	10	10	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	0	1	1	1	5	DM	
46	80	1	2	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	0	1	5	DM	

47	73	2	1,3	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A
48	80	1	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	0	1	5	DM	
49	66	1	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	0	1	1	1	1	0	1	1	6	DL	
50	67	1	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	5	15	5	15	90	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
51	76	1	1,2,4	1	5	0	10	0	10	10	10	5	15	10	15	80	DL	1	0	0	0	1	0	0	1	3	DS	
52	69	1	2,3	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
53	68	1	1,2,3,4	0	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	1	1	1	1	1	1	6	DL	
54	67	1	2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	1	1	7	DL	
55	70	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
56	81	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	0	1	1	1	0	5	DM	
57	84	1	1,2,3	1	5	0	10	0	10	10	10	5	0	0	10	50	DM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DT	
58	76	2	1,2,3	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	0	1	1	1	0	5	DM	
59	80	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	0	0	0	0	0	1	1	0	3	DS	
60	73	1	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	1	0	6	DL	
61	82	2	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	0	0	1	1	1	0	4	DM	
62	68	2	1	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	1	1	1	0	1	1	6	DL	
63	81	2	1,2	0	5	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	0	1	1	1	5	DM	
64	77	1	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	0	0	1	1	1	0	4	DM	
65	70	1	2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	0	7	DL	
66	72	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
67	68	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
68	78	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
69	62	1	2	0	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	0	7	DL	
70	70	2	1	1	0	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	85	DL	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
71	65	1	2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
72	72	2	2	0	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DL	
73	67	1	2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	0	1	1	1	1	1	1	1	7	DL	
74	68	1	1,2,4	0	10	5	10	5	10	10	10	5	10	5	15	85	DL	0	0	0	0	0	0	1	0	2	DS	
75	69	2	2	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
76	72	1	2	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
77	83	1	1,3,4	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	0	1	1	6	DL	
78	80	1	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
79	80	2	1,2	1	5	0	10	5	10	10	10	10	15	10	15	90	DL	1	0	0	0	0	0	1	0	3	DS	
80	78	1	1,2,3,4	1	5	0	10	5	10	10	10	5	15	10	15	85	DL	1	0	0	0	0	0	1	0	3	DS	
81	82	1	1,2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	1	0	5	DM	
82	78	1	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	0	0	1	1	1	1	1	0	5	DM	
83	65	1	1,2,3	1	10	5	10	0	10	10	10	5	15	5	10	80	DL	0	0	1	1	1	0	1	0	4	DM	
84	98	2	3	1	0	0	0	0	0	10	0	0	10	0	5	25	DG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DT	
85	80	1	1,2,4	1	5	5	10	5	10	10	10	5	10	5	15	80	DL	1	0	0	0	0	1	1	1	5	DM	
86	74	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	0	0	0	1	1	4	DM	
87	81	1	2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	0	1	1	7	DL	
88	85	2	1,2	1	5	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	95	DL	0	0	0	0	0	0	1	1	3	DS	
89	79	2	2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	0	0	0	0	1	1	3	DS	
90	86	2	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	0	15	85	DL	1	0	0	0	1	0	1	0	4	DM	
91	66	2	2,3	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
92	77	1	1,2,3	1	10	0	10	5	5	10	10	10	10	5	10	75	DL	0	0	0	0	0	1	0	0	1	DT	
93	78	1	1,2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	1	1	7	DL	
94	77	1	1,2,4	1	10	5	5	5	10	10	10	5	15	0	15	80	DL	0	0	0	0	1	1	1	0	4	DM	
95	65	1	1,2,3	0	10	5	10	5	10	10	10	5	15	0	15	85	DL	0	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
96	82	2	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	10	15	5	15	95	DL	1	0	0	0	1	1	1	1	6	DL	
97	88	2	1,2,3	1	5	0	5	5	10	10	10	5	0	0	10	50	DM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DT	
98	77	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
99	77	1	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	5	15	5	15	90	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
100	75	2	2	1	5	0	0	0	10	10	10	10	15	5	15	70	DL	0	0	0	0	0	1	1	0	2	DS	

101	67	1	2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A
102	76	1	2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	0	0	4	DM	
103	78	1	1,2,3	1	5	0	5	5	5	10	5	0	0	5	40	DM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DT
104	81	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	0	1	1	1	1	5	DM	
105	88	2	2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
106	71	1	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	0	0	1	0	1	1	0	1	4	DM	
107	78	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
108	85	1	2,3,4	2	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
109	74	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
110	82	1	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	0	1	5	DM	
111	80	2	0	2	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
112	90	1	1,2,3,4	2	5	0	0	0	0	10	5	0	0	10	30	DG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DT
113	68	1	1,2,3,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	0	0	1	0	1	3	DS	
114	75	1	2,3	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
115	80	2	1,2,3	1	10	5	10	5	10	10	10	15	5	15	95	DL	1	0	0	0	0	1	1	1	4	DM	
116	72	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
117	68	1	2,4	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
118	77	1	2,3	1	10	0	10	5	10	10	5	15	10	15	90	DL	1	0	0	1	1	1	0	1	5	DM	
119	80	1	1,2,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
120	74	1	1,2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DL	
121	84	1	1,2,3,4	2	10	0	5	0	10	10	5	0	0	10	50	DM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DT
122	77	1	2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
123	74	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
124	80	1	1,3	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
125	62	2	2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
126	82	1	1,2	2	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	0	1	1	1	1	0	1	1	6	DL	
127	80	1	1,2,4	1	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	0	1	1	1	1	1	1	6	DL	
128	69	2	0	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	0	1	1	1	5	DM	
129	68	2	2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DL	
130	66	2	0	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
131	69	2	1	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
132	80	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
133	66	2	1	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DL	
134	67	2	0	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
135	78	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
136	99	2	0	0	0	5	5	5	5	10	10	15	0	10	65	DL	1	0	0	0	0	0	0	0	1	DT	
137	80	2	1	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
138	69	2	1,2	0	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
139	78	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	0	1	0	1	1	1	1	1	6	DL	
140	80	2	1,3	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	0	1	0	1	1	1	1	1	6	DL	
141	80	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
142	69	2	1,2,4	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	DL	
143	80	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DL	
144	69	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
145	67	2	1,2,3	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	1	1	8	A	
146	67	2	1,2	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DL	
147	65	2	2	0	10	5	10	5	10	10	5	15	10	15	95	DL	1	1	1	1	1	1	0	1	7	DL	
148	66	2	1	1	10	5	10	5	10	10	10	15	10	15	100	I	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DL	

ANEXO “G”

ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, SEGÚN EDAD Y SEXO. VMT 2016.

Edades	TOTAL		ADULTOS MAYORES			
			Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 a 69 años	50	33.8%	25	33.8%	25	33.8%
70 a 79 años	50	33.8%	25	33.8%	25	33.8%
80 a más años	48	32.4%	24	32.4%	24	32.4%
TOTAL	148	100%	74	100%	74	100%

ANEXO “H”

CARACTERÍSTICAS SOBRE LA TRAYECTORIA DEL CAMINO A CASA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Características sobre la trayectoria del camino a casa	ADULTOS MAYORES	
	Nº	%
Tierra Asfaltado	78	52.7%
	70	47.3%
TOTAL	148	100%
Empinado y Escaleras Plano Movilidad	82	55.4%
	41	27.7%
	25	16.9%
TOTAL	148	100%

ANEXO "I"

PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Problemas de salud de la población de estudio	ADULTOS MAYORES	
	Nº	%
Audición	7	4.7%
Visión	34	22.9%
Artrosis	2	1.4%
Osteoporosis	1	0.7%
Audición + Visión	36	24.3%
Audic. + Artrosis + Osteoporosis	4	2.7%
Visión + Artrosis + Osteoporosis	22	14.9%
Audic. + Visi. + Artrosis + Osteop.	37	25.0%
NINGUNA	5	3.4%
TOTAL	148	100%

ANEXO “J”

CAÍDAS C/S FRACTURAS EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Caídas c/s fracturas	ADULTOS MAYORES	
	Nº	%
No caídas	45	30.4%
SI caídas	98	66.2%
Caídas con fracturas <2 Años	5	3.4%
TOTAL	148	100%

ANEXO “K”

CAPACIDAD FUNCIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, SEGÚN ÍTEM EVALUADO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR. VMT 2016.

Ítems evaluados	0 PUNTOS INCAPAZ		5 PUNTOS NECESITA AYUDA		10 PUNTOS CAPAZ		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALIMENTACIÓN	3	2.0%	16	10.8%	129	87.2%	148	100%
VESTIDO	3	2.0%	6	4.0%	139	93.9%	148	100%
USO DE RETRETE	2	1.4%	4	2.7%	142	95.9%	148	100%
DEFECACIÓN	1	0.7%	1	0.7%	146	98.6%	148	100%
MICCIÓN	3	2.0%	69	46.6%	76	51.4%	148	100%
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	12	8.1%	16	10.8%	120	81.1%	148	100%

Ítems evaluados	0 PUNTOS INCAPAZ DEPENDIENTE		5 PUNTOS CAPAZ INDEPENDIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAÑO	22	14.9%	126	85.1%	148	100%
ASEO	11	7.4%	137	92.6%	148	100%

Ítems evaluados	0 PUNTOS INCAPAZ		5 PUNTOS NECESITA MUCHA AYUDA		10 PUNTOS NECESITA AYUDA		15 PUNTOS INDEPENDIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DEAMBULACIÓN	5	3.4%	0	0%	13	8.8%	130	87.8%	148	100%
TRANSFERENCIA	0	0%	2	1.4%	12	8.1%	134	90.5%	148	100%

ANEXO “L”

CAPACIDAD FUNCIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA, SEGÚN ITEM EVALUADO EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR. VMT 2016.

Ítems evaluados	0 PUNTOS INCAPAZ		1 PUNTOS CAPAZ O CON AYUDA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	37	25%	111	75%	148	100%
IR DE COMPRAS	99	66.9%	49	33.1%	148	100%
PREPARACION DE LA COMIDA	22	29.7%	52	70.3%	74	100%
CUIDADO DE LA CASA	13	17.6%	61	82.4%	74	100%
LAVADO DE ROPA	10	13.5%	64	86.5%	74	100%
MEDIO DE TRANSPORTE	14	10.2%	134	89.8%	148	100%
RESPONSABILIDAD SOBRE MEDICACIÓN	46	34.6%	102	65.4%	148	100%
CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	17	12.6%	131	87.4%	148	100%